

Société de compensation
en assurance médicaments
du Québec



Quebec Drug
Insurance Pooling
Corporation

L'ASSURANCE MÉDICAMENTS AU QUÉBEC

Modalités 2007

*Extraits du document de consultation 2006
sur la mutualisation*

Élaboré par le groupe de travail suivant:

Suzanne Caron
René Hamel
Ron Hoskins
Marcel Bilodeau

Standard Life
SSQ GROUPE FINANCIER
La Financière Manuvie
La Capitale

Claude Di Stasio

Directrice générale

Présenté au conseil d'administration de la Société de compensation en assurance médicaments du Québec le 12 octobre 2006

Les modalités de mutualisation sont révisées annuellement et ajustées lorsque nécessaire afin de refléter le marché.

Modalités 2007

Pour l'année 2007, le conseil d'administration de la Société recommande la majoration des seuils de mise en commun pour tous les niveaux de moins de 250 certificats avec ajustement 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 à 881 \$ en juillet 2006.

À cause de la grande variabilité des résultats et l'incertitude quant au taux de croissance des coûts des médicaments et des réclamations, l'établissement de nouveaux paramètres vise l'année 2007 seulement.

ANNÉE 2007

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	2 100 \$	130 \$ ⁽¹⁾	358 \$ ⁽¹⁾
Entre 10 et 24	3 300 \$	95 \$	261 \$
Entre 25 et 49	8 500 \$	45 \$	125 \$
Entre 50 et 124	17 000 \$	21 \$	58 \$
Entre 125 et 249 *	28 000 \$	8 \$	23 \$
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) Les facteurs sont maintenus au niveau 2006 malgré une majoration du seuil.

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 paramètres de mutualisation sont modifiés en fonction d'une projection du volume de réclamations futures utilisant un ratio de croissance 2005/2004 par tranches comme hypothèse pour l'inflation du coût du médicament. Le ratio de croissance retenu pour chaque strate est sujet à un minimum de 10% et à un maximum de 300%. Cette hypothèse tient compte des variations actuellement observées dans le marché.

4. Ainsi, les seuils de mise en commun sont modifiés selon une augmentation raisonnable. Les deux premiers paliers sont majorés de 5%, 10%. Les paliers suivants sont majorés par l'ajout de 1 000\$, 2 000\$ et 3 000\$.
5. 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.
6. La formule de compensation de 80% sur les premiers 4 405 \$ et 100% de l'excédent est basée sur le déboursé maximum annuel de 881 \$.
7. 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](#)