

UN REMÈDE AUX RÉGIMES PRIVÉS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

*Une approche novatrice pour contrer les répercussions
négatives des médicaments coûteux et récurrents*

Septembre 2013

JONATHAN BOHM, FSA, FICA
Conseiller en assurance collective

jbohm@normandin-beaudry.ca
www.normandin-beaudry.ca

normandin
beaudry

noir sur blanc

INTRODUCTION

Depuis quelques années, les promoteurs[†] de régimes privés d'assurance médicaments font face à un enjeu sérieux : la hausse du nombre d'assurés réclamant des médicaments très coûteux sur plusieurs années. L'effet sur les régimes privés est significatif et menace même leur pérennité.

On observe qu'une grande proportion de ces médicaments est utilisée, entre autres, pour le traitement du cancer, de la sclérose en plaques, de la polyarthrite rhumatoïde ou de la maladie de Crohn. La preuve de l'efficacité de ces médicaments n'étant plus à faire, ils ne disparaîtront pas. Au contraire, tout indique que leur consommation augmentera considérablement au cours des prochaines années.

Le remboursement de ces médicaments par les régimes privés s'apparente dorénavant à une forme de rente viagère. La similitude avec les prestations payables en cas d'invalidité de longue durée est frappante. Toutefois, ces deux risques sont souscrits de manière très différente et il y a lieu de se demander pourquoi.

L'objectif du présent document est de contribuer à la réflexion sur la façon dont les médicaments coûteux remboursés par les régimes privés sont souscrits auprès des assureurs afin que les promoteurs et les assurés soient bien protégés.

Dans un premier temps, nous verrons que les variables qui déterminent le coût de l'assurance médicaments (la fréquence et la sévérité) ont beaucoup évolué au cours des dernières années. Ce qui est préoccupant, c'est la transformation du risque inhérent à l'assurance médicaments : la sévérité d'une seule réclamation de médicaments peut dorénavant dépasser 500 000 \$ par année. Sur quelques années, cette réclamation atteint plusieurs millions de dollars.

Ce qui est préoccupant, c'est la transformation du risque inhérent à l'assurance médicaments : la sévérité d'une seule réclamation de médicaments peut dorénavant dépasser 500 000 \$ par année.

C'est un risque auquel les promoteurs de régimes privés s'exposent, malgré eux, en raison de l'évolution de la recherche et de l'efficacité des traitements par médicaments.

Dans un deuxième temps, nous verrons de quelle façon les promoteurs de régime sont actuellement protégés contre ce risque, soit par le biais de la mutualisation. Est-ce une solution efficace et durable?

Enfin, nous proposerons une alternative qui pourrait être une solution durable pour contrer la problématique des médicaments coûteux : souscrire le risque associé à ces médicaments de la même manière que le risque associé aux prestations d'invalidité de longue durée.

Il devient urgent de se questionner sur la façon actuelle de souscrire ce risque, car il faut l'admettre, couvrir les médicaments, c'est dorénavant couvrir le risque ayant potentiellement les conséquences les plus importantes pour un régime privé.

[†] Dans ce texte, le terme promoteur désigne un employeur, un syndicat, une association professionnelle ou tout autre organisme offrant un régime privé d'assurance médicaments à ses membres.

RÉVOLUTION PHARMACOLOGIQUE

De plus en plus de médicaments...

La place des médicaments dans le système de santé canadien a beaucoup évolué au cours des dernières années. Selon l'*Institut canadien d'information sur la santé*¹ (« ICIS »), qui recueille et analyse l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, la facture totale des dépenses en médicaments prescrits au Canada correspondait à 8,5 \$ milliards en 1997. Elle a atteint 25,9 \$ milliards en 2010, soit un bond remarquable de 205 %. Ces montants excluent les médicaments administrés en milieu hospitalier et ceux en vente libre. En 2010, environ le tiers des dépenses a été remboursé par des assureurs par le biais des régimes privés d'assurance médicaments.

Cherchant des explications, l'ICIS a procédé à une étude² des facteurs d'accroissement des dépenses en médicaments prescrits au Canada entre 1997 et 2007. Durant cette période, le taux de croissance annuel moyen fut de 10,1 %. Les principaux facteurs étudiés étaient :

- la croissance démographique
- le vieillissement de la population
- l'inflation générale
- l'effet lié aux prix (incluant l'effet du passage à la version générique d'un médicament dont le brevet est échu)
- l'effet lié au volume
- l'éventail de médicaments

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, l'étude de l'ICIS démontre que le vieillissement de la population n'a pas été un facteur significatif de la croissance des dépenses en médicaments durant cette période. Ce sont les effets liés au volume (croissance de 6,2 % par année) et à l'éventail de médicaments (croissance de 2,0 % par année) qui ont expliqué près de 80 % de la croissance. Autrement dit, d'une part, les gens optent de plus en plus pour les médicaments comme traitement thérapeutique et, d'autre part, il y a de plus en plus de médicaments disponibles.

On pourrait aussi émettre l'hypothèse que plus de gens se procurent des médicaments en pharmacie, alors qu'ils étaient auparavant administrés en milieu hospitalier, donc payés directement par le régime public.

Par conséquent, il n'est pas étonnant que les promoteurs de régimes privés aient observé une augmentation importante des réclamations de médicaments au cours des dernières années. De surcroît, les promoteurs dont la population assurée vieillit de façon significative ont sans doute observé une augmentation encore plus marquée.

...de plus en plus coûteux!

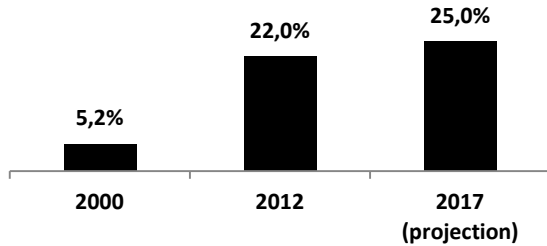
Toujours selon l'étude des facteurs d'accroissement de l'ICIS, les catégories de médicaments contre les affections courantes, comme l'hypertension, l'hypercholestérolémie, les ulcères et la dépression, ont connu une croissance rapide dans les années 90 et au début des années 2000. Cela n'a rien d'étonnant compte tenu de l'arrivée de plusieurs médicaments vedettes, comme le LIPITOR, le CRESTOR, le NEXIUM, le CIPRALEX et le LYRICA, pour ne nommer que ceux-là. Notons que ces médicaments vedettes ont vu dernièrement, ou verront prochainement, leurs brevets venir à échéance, permettant la production de médicaments génériques beaucoup moins dispendieux.

Plus récemment, ce sont les médicaments contre des affections moins courantes, aussi appelés médicaments de spécialité, qui ont affiché le plus haut taux de croissance. Puisque ces médicaments sont généralement des produits biologiques, ils sont très complexes à concevoir et leur coût est très élevé.

Express Scripts Canada (« ESC ») et TELUS Santé (« TELUS ») sont deux importants adjudicateurs de réclamations de médicaments dans les régimes privés, en partenariat avec les principaux assureurs au Canada. ESC et TELUS diffusent annuellement des statistiques sur les réclamations de médicaments payées dans les régimes privés. Leurs constats sont sans équivoque.

Selon ESC, les médicaments de spécialité ayant un coût supérieur à 500 \$ par mois (6 000 \$ par année), représentaient 5,2 % des dépenses en médicaments en 2000³. En 2012, ils ont atteint 22 % des dépenses et pourraient représenter entre 25 % et 30 % en 2017⁴.

Figure 1 - Proportion des médicaments de spécialité dans les régimes privés au Canada selon ESC (> 6 000\$ par année)

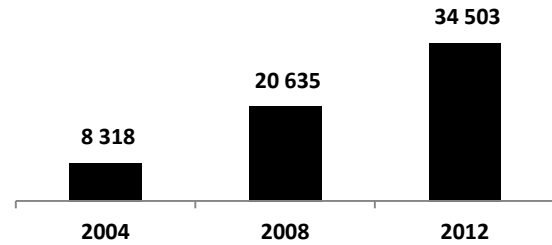


Selon TELUS⁵, le nombre de certificats[‡] réclamant pour plus de 10 000 \$ par année en médicaments a augmenté à un rythme de près de 20 % par année au Canada entre 2004 et 2012. Le REMICADE et le HUMIRA, deux médicaments qui traitent notamment la polyarthrite rhumatoïde, occupaient respectivement le premier et le troisième rang du palmarès des médicaments les plus coûteux en 2012 chez les clients de TELUS. Ces médicaments coûtent annuellement plusieurs dizaines de milliers de dollars par patient et sont administrés pendant plusieurs années.

Il devient évident que l'émergence des médicaments coûteux a transformé le visage de l'assurance médicaments au Canada.

[‡] L'employé couvert ainsi que les personnes à charge.

Figure 2 - Nombre de certificats réclamant pour plus de 10 000 \$ par année chez les clients de TELUS



Chez nos voisins du sud, en 2012, la *Medical Billing and Coding* a répertorié⁶ les 11 médicaments les plus dispendieux aux Etats-Unis. Tous des médicaments dont le coût annuel excède 200 000 \$ par année. Six de ces médicaments ont été approuvés à ce jour par *Santé Canada*. Le SOLIRIS trône au sommet de cette liste avec un coût annuel récurrent dépassant les 400 000 \$. Ce médicament traite les patients atteints d'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN), une maladie qui détruit les globules rouges présents dans le sang. Déjà, des réclamations de SOLIRIS sont survenues dans des régimes privés au Canada, excédant même 500 000 \$. Bien que le recours à ces médicaments ne soit pas fréquent, la sévérité d'une telle réclamation pourrait mettre en péril un régime privé en l'absence de mécanismes de protection adéquat.

Tableau 1 – Les 11 médicaments les plus dispendieux aux Etats-Unis selon la *Medical Billing & Coding*

Médicament	Coût annuel	Approuvé par Santé Canada*
SOLIRIS	409 500 \$	✓
ELAPRASE	375 000 \$	✓
NAGLAZYME	365 000 \$	-
CINRYZE	350 000 \$	-
ACTH	300 000 \$	-
FOLOTYN	30 000 \$ / mois	-
MYOZYME	300 000 \$	✓
ARCALYST	250 000 \$	-
CEREZYME	200 000 \$	✓
FABRAZYME	200 000 \$	✓
ALDURAZYME	200 000 \$	✓

* Selon la Base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada.

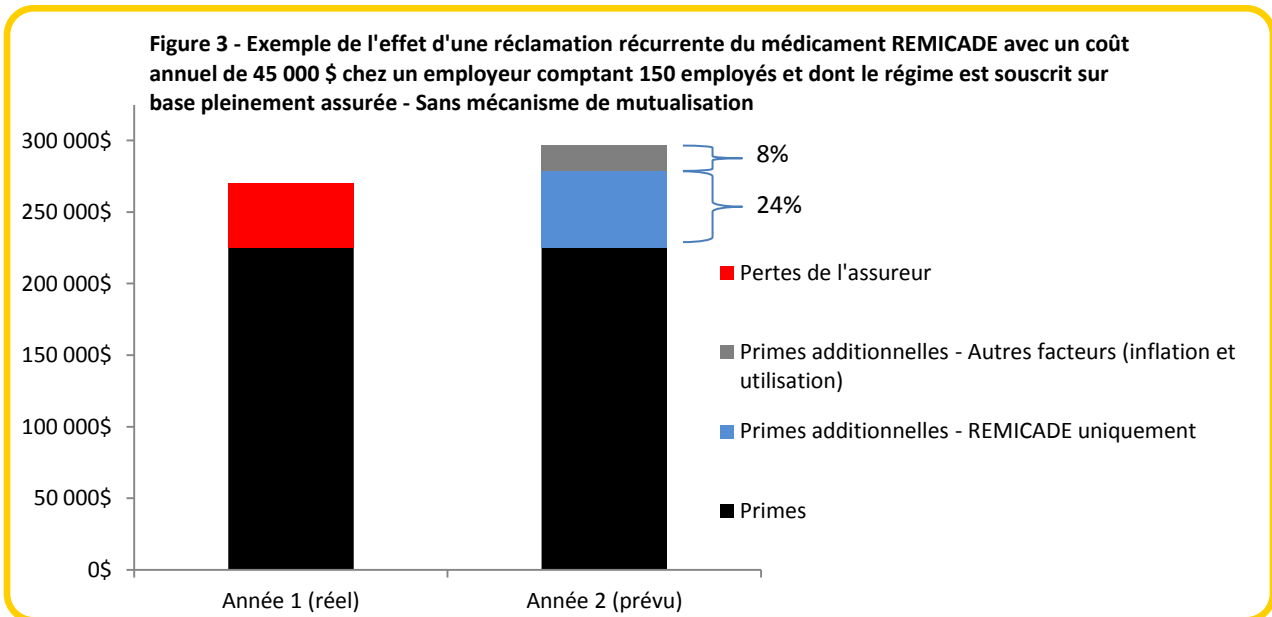
Quel est l'effet d'une réclamation récurrente d'un médicament coûteux?

D'abord, notons que la prime requise par l'assureur est généralement ajustée sur une base annuelle, au moment du renouvellement de la tarification. Cet ajustement dépend de plusieurs variables, mais c'est essentiellement l'expérience du groupe assuré, soit les réclamations payées dans le passé, qui le dicteront puisqu'elle demeure le meilleur indicateur des réclamations futures. Par conséquent, lorsque survient une réclamation pour un médicament coûteux, le niveau des primes est directement affecté.

Prenons l'exemple d'une organisation de 150 employés dont la prime annuelle d'assurance maladie (incluant la couverture des médicaments) est de l'ordre de 225 000 \$. Survient une réclamation de REMICADE de 45 000 \$ pour un employé. Supposons que la prime de l'employeur était adéquate avant l'arrivée de cette réclamation. La figure 3 illustre l'effet d'une telle réclamation. Pour le moment, nous supposons qu'il n'y a aucun mécanisme de mutualisation.

Lorsque survient la réclamation, à l'année 1, l'assureur absorbe une perte de 45 000 \$, largement supérieure à sa marge de profit. Le REMICADE étant un médicament qui s'administre pendant plusieurs années, l'assureur exigera, à l'année 2, un ajustement de la prime en conséquence. L'augmentation serait de l'ordre de 24 %, et ce, uniquement pour tenir compte de cette réclamation. L'augmentation prendrait ainsi en compte l'effet de l'inflation (hypothèse de 8 %) et les frais de l'assureur (hypothèse de 10 %) sur cette réclamation.

En ajoutant les primes additionnelles normalement requises à l'année 2 pour tenir compte de l'inflation et de l'augmentation de l'utilisation des autres réclamations (hypothèse de 8 %), l'augmentation atteindrait 32 %. L'employeur aurait alors le choix entre absorber la hausse avec l'assureur actuel ou procéder à un appel d'offres pour tenter d'obtenir une meilleure proposition. Toutefois, en raison de la réclamation récurrente de REMICADE, les autres assureurs exigeraient probablement une augmentation semblable. Cette situation créerait une pression importante sur les coûts du régime de cet employeur, qui pourrait, ultimement, choisir de terminer le régime.



On peut facilement imaginer l'augmentation requise si plusieurs réclamations récurrentes de médicaments coûteux survenaient, ou si le médicament coûtait 200 000 \$ plutôt que 45 000 \$.

Les promoteurs qui se sont engagés à offrir un régime privé d'assurance médicaments à leurs assurés se retrouvent soudainement à assumer un risque accru. Une seule réclamation peut menacer la viabilité d'un régime. Il devient alors difficile de prévoir et de stabiliser les coûts. Les petites et moyennes entreprises qui offrent un régime privé d'assurance médicaments à leurs employés sont particulièrement exposées à cette problématique.

Et tout porte à croire que cette situation s'inscrira comme une tendance lourde, en raison de deux principaux facteurs : la commercialisation prochaine de nombreux médicaments biologiques et la pression exercée par les organismes de défense des patients atteints de certaines affections qui prônent le remboursement des médicaments de spécialité par les régimes privés et publics.

Une réflexion s'impose en tant qu'industrie. Comment s'adapter à ce nouveau risque et mieux protéger les promoteurs de régime et leurs assurés? Certains mécanismes ont été mis en place. Seront-ils suffisants, efficaces et durables?

LA MUTUALISATION

Afin de faire face au risque que représentent les médicaments coûteux et récurrents, l'industrie s'est dotée de mécanismes de mutualisation des réclamations. La mutualisation prévoit que lorsque survient une réclamation coûteuse chez un promoteur de régime, l'assureur distribue la portion du coût qui excède un certain seuil préétabli (par exemple, 25 000 \$) parmi une partie ou l'ensemble de sa clientèle. En principe, cela protège les promoteurs en ne leur imputant qu'une partie de la réclamation.

Les paramètres de mutualisation établis entre le promoteur et l'assureur dépendent principalement de la taille et de la tolérance au risque du promoteur et de l'assureur. Une prime de mutualisation est également prévue afin de financer le mécanisme.

Toujours suivant le principe de mutualisation, les assureurs peuvent aussi partager entre eux la portion du coût qui excède un seuil préétabli dans l'industrie. Cela permet de protéger un assureur aux prises avec un nombre élevé de réclamations coûteuses.

La mutualisation au Québec

Au Québec, la mutualisation des médicaments est en partie réglementée depuis 1997. En vertu de l'article 43 de la *Loi sur l'assurance médicaments*, les assureurs et autres payeurs de réclamations de médicaments ont l'obligation de mutualiser les risques découlant des régimes d'assurance médicaments qu'ils administrent. Afin de se conformer à cette loi, l'industrie a créé la *Société de compensation en assurance médicaments du Québec* (« Société de compensation »)⁷. Chaque année, la Société de compensation détermine les seuils de mutualisation et les facteurs correspondant à ce que les assureurs et autres payeurs de réclamations de médicaments doivent déboursier pour bénéficier du système de mutualisation. Les modalités sont ensuite communiquées au ministre de la Santé.

Depuis 1997, les seuils de mutualisation et les facteurs annuels varient selon la taille du groupe. Pour 2013, l'ensemble des groupes de moins de 3 000 employés est visé, peu importe le mode de souscription. Les assureurs et autres payeurs de réclamations de médicaments ont l'obligation d'appliquer ces seuils comme seuils minimaux.

Les modalités sont déterminées annuellement selon l'expérience de l'ensemble du marché au Québec. Cette façon de faire confère de la crédibilité à l'information recueillie sur les réclamations, donnant une indication précise du risque que peuvent représenter les médicaments coûteux. En 2013, les seuils varient de 5 100 \$, pour les groupes comptant moins de 25 certificats, à 100 000 \$, pour les groupes comptant entre 1 000 et 2 999 certificats. Lorsque des réclamations excèdent les seuils fixés par la Société de compensation pour chacune des tailles de groupe, la facture est partagée entre tous les assureurs et autres payeurs de réclamations.

Un promoteur peut négocier avec son assureur un seuil inférieur au seuil recommandé par la Société de compensation dans le but de mieux contrôler les coûts de son régime. La portion de la réclamation comprise entre le seuil choisi par le promoteur et le seuil de la Société de compensation est alors assumée par l'assureur.

Bien que les seuils déterminés par la Société de compensation soient adaptés à la taille des groupes et visent à plafonner l'impact d'une réclamation coûteuse, ces seuils demeurent élevés. Plusieurs promoteurs ont ainsi opté pour des seuils inférieurs à ceux recommandés par la Société de compensation afin de gérer les coûts de leur régime en fonction de leur propre capacité à assumer le risque.

Or, depuis que la fréquence des réclamations de médicaments coûteux a augmenté et qu'elles sont de nature récurrente, les assureurs exercent une pression pour que les promoteurs se conforment aux seuils recommandés par la Société de compensation : augmentation des primes de mutualisation, refus d'appliquer le seuil inférieur pour les réclamations de nature récurrente ou refus d'appliquer un seuil inférieur à celui recommandé par la Société de compensation. Ainsi, les promoteurs de régime sont de plus en plus contraints d'appliquer les seuils recommandés par la Société de compensation en dépit de leur propre tolérance au risque.

La mutualisation au Canada

Depuis le 1^{er} janvier 2013, l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (« ACCAP ») a conclu une entente⁸ avec les assureurs canadiens visant à protéger la couverture des médicaments au Canada par le biais d'un système de mutualisation des réclamations entre les assureurs. Avant cette date, bien que la mutualisation était pratique courante, il n'y avait aucun encadrement officiel.

Selon cette entente, les assureurs sont tenus d'administrer des « pools » internes dans lesquels ils doivent inclure tous les règlements de médicaments sur ordonnance excédant un montant maximum (25 000 \$ en 2013) pour les groupes entièrement assurés, et ce, en respectant certaines normes minimales. Sauf en ce qui a trait à ces normes, chaque assureur est libre d'adapter ses « pools » internes, lesquels sont livrés à la concurrence.

Les normes minimales visent à empêcher l'assureur de faire payer au promoteur une prime qui est fonction du nombre ou de la valeur de ses règlements de médicaments.

Entre autres, l'assureur devra fixer les primes d'un promoteur sans considérer le nombre ou la valeur de ses médicaments sujets au « pool ». Un assureur qui présente une soumission pour un groupe contenant des règlements excédant le seuil devra également fixer les primes sans en tenir compte.

Les assureurs se sont également entendus sur une forme de réassurance en instaurant un mécanisme de mutualisation qui leur permet de partager la facture des médicaments coûteux entre eux. Pour que la réclamation soit admissible au partage, elle doit excéder le seuil préétabli de 50 000 \$ pendant deux ans. Si tel est le cas, 85 % du montant excédant 25 000 \$ sera sujet au partage, avec un maximum de 400 000 \$. Ces paramètres sont ceux établis pour 2013 et seront revus périodiquement.

Cette entente démontre que l'industrie est au fait de la problématique des médicaments coûteux et récurrents et qu'elle vise à en atténuer les conséquences pour les régimes privés et les assureurs. Toutefois, l'entente comporte certaines dispositions qui pourraient compromettre sa portée.

D'une part, l'entente ne vise pas l'ensemble des promoteurs, mais seulement ceux dont le contrat est souscrit sur base pleinement assurée. Les groupes souscrits sur base de rétention (entente de participation aux résultats) ou sur base non assurée (RASNA ou « Administrative Services Only ») ne sont donc pas visés par l'entente.

D'autre part, le seuil maximum de 25 000 \$ en 2013 demeure élevé et l'impact des premiers 25 000 \$ pour le promoteur est significatif. L'effet varie selon la taille du groupe, mais il demeurera difficile pour les promoteurs de régimes de prévoir et stabiliser leur coût. L'ACCAP prévoit déjà indexer ce seuil à 27 500 \$ en 2014 et à 30 000 \$ en 2015.

Aussi, l'entente laisse beaucoup de latitude aux assureurs qui doivent, légitimement, être profitables. L'assureur est libre d'adapter tous les aspects des « pools » internes. Il faut souligner que l'assureur absorbe une perte financière importante lorsqu'il y a une réclamation coûteuse de médicaments dont il ne peut partager la facture avec les autres assureurs. C'est le cas notamment pour un médicament dont le coût se situe entre le seuil du « pool » interne (maximum de 25 000 \$ en 2013) et celui de la mutualisation entre assureurs (50 000 \$ en 2013). Ce montant peut représenter une part importante des profits et créer une pression sur la rentabilité du groupe, forçant l'assureur à récupérer ses pertes de différentes façons.

Bien que l'entente stipule qu'un assureur ne puisse considérer les réclamations récurrentes de médicament en excédent du seuil du « pool » interne, il sera difficile de s'assurer que cela n'affecte pas son offre globale. Par exemple, dans le cadre d'un appel d'offres, les assureurs pourraient décider de ne pas présenter de soumission en raison des réclamations de médicaments coûteux, sans toutefois évoquer ce motif. Les assureurs pourraient aussi soumettre une tarification qui transfère le coût de ces médicaments au promoteur tout en respectant les normes minimales de l'entente de mutualisation par le biais de facteurs d'inflation élevés, de réserves élevées, de frais d'administration élevés, etc. Il pourrait y avoir un vase communicant entre les protections d'assurance, par exemple une prime plus élevée en assurance vie et invalidité, afin de contrer les pertes des réclamations coûteuses de médicaments. Qui sera responsable du respect des normes minimales assurant l'absence de discrimination?

En terminant, les assureurs n'ont pas l'obligation de participer à l'entente de mutualisation. Ils le font de bonne foi, sur une base volontaire. Certains pourraient éventuellement décider de ne plus participer à l'entente.

La mutualisation : efficace et durable?

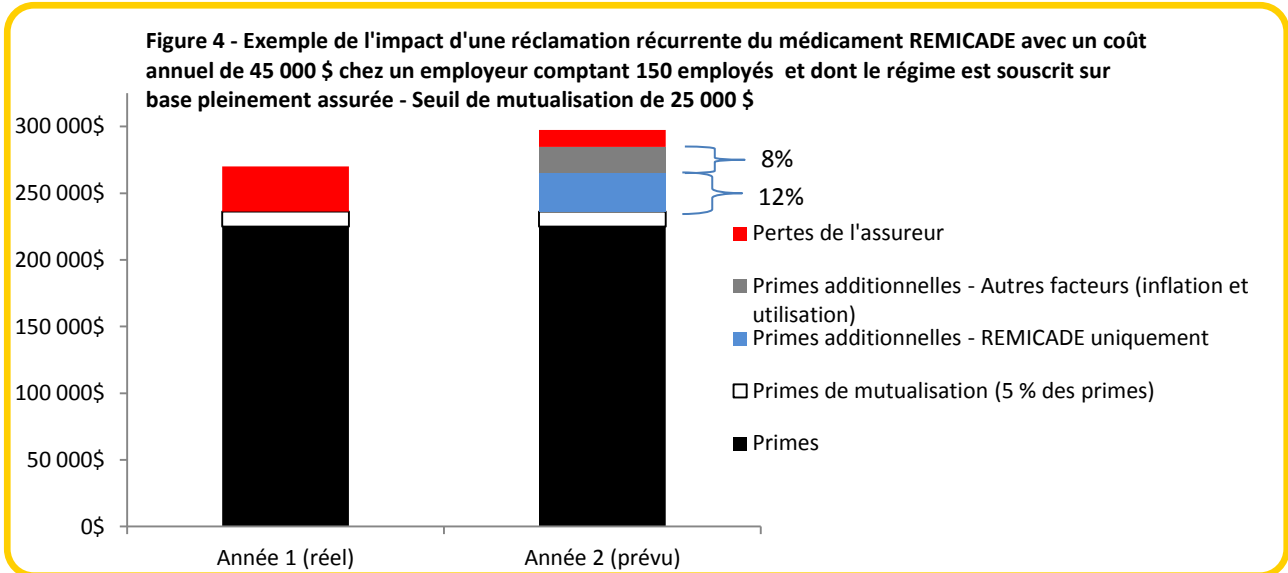
Le concept de mutualisation existe depuis longtemps et, comme le démontre la figure 4 de la page suivante, il permet d'atténuer les répercussions des médicaments coûteux. En reprenant notre exemple précédent, mais cette fois en incluant un mécanisme de mutualisation avec un seuil à 25 000 \$, un niveau standard pour un groupe de cette taille, l'augmentation de primes requise passe de 32 % à 20 %. Nous supposons qu'une prime de mutualisation de 5 % des primes doit être incluse. Bien que la mutualisation réduise l'augmentation de prime requise, il demeure toujours une augmentation importante.

Le risque inhérent à l'assurance médicaments a radicalement changé depuis une dizaine d'années, avec l'augmentation importante du nombre de médicaments coûteux et la sévérité que peut avoir une telle réclamation. La mutualisation suffira-t-elle à protéger adéquatement l'ensemble des promoteurs de régimes privés?

En procédant à certains resserrements fondamentaux, elle pourrait certainement être plus efficace et durable. On pense notamment à la réduction importante du seuil de mutualisation, limitant le montant à assumer par le promoteur et l'aidant ainsi à mieux prévoir et mieux stabiliser ses coûts. L'application de ce même seuil pour le partage de la facture entre les assureurs permettrait d'éviter qu'un seul assureur endosse des pertes financières récurrentes, éliminant ainsi tout préjudice vécu par les promoteurs aux prises avec une expérience anormalement élevée de médicaments coûteux. Plusieurs autres aspects de la mutualisation seraient définitivement à considérer.

D'ailleurs, dans son *Rapport sur les politiques en matière de médicaments sur ordonnance au Canada*⁹ publié en juin dernier, l'ACCAP a émis une recommandation pour la mise au point d'une stratégie relative aux médicaments onéreux, admettant que la nouvelle entente de mutualisation canadienne était un pas dans la bonne direction, mais que l'industrie pouvait aller plus loin.

Nous devons aussi nous tourner vers de nouvelles solutions qui pourraient remplacer ou compléter la mutualisation.



UNE NOUVELLE APPROCHE

Devrait-on souscrire le risque associé aux médicaments coûteux de la même façon que le risque associé aux prestations d'invalidité de longue durée? Cette nouvelle approche mériterait qu'on s'y attarde, car elle pourrait bien remédier de façon efficace et durable à la problématique des médicaments coûteux et récurrents dans les régimes privés.

Actuellement, lorsqu'un assuré réclame un médicament coûteux pendant plusieurs années, la réclamation est payable par l'assureur tant et aussi longtemps que le contrat est en vigueur. Lorsqu'il y a un changement d'assureur, c'est le nouvel assureur qui prend en charge le versement de la prestation. Et si le promoteur du régime décide de mettre fin au régime offert, l'assuré ne se fera plus rembourser ses médicaments⁵. La portée du risque de l'assureur est limitée à la période contractuelle, ce qui n'est pas le cas pour les prestations payables en cas d'invalidité de longue durée. Que les médicaments coûteux et l'invalidité de longue durée soient souscrits différemment révélerait-il une certaine incohérence dans notre industrie?

Que les médicaments coûteux et l'invalidité de longue durée soient souscrits différemment révélerait-il une certaine incohérence dans notre industrie?

À la base, un produit d'assurance prévoit le paiement d'une prestation lorsque survient un événement incertain, en contrepartie du paiement d'une prime. Dans le cas d'un assuré qui a besoin de médicaments coûteux pendant plusieurs années, l'événement constitue la prescription du médecin liée au diagnostic. De ce fait, lorsque l'événement incertain survient, l'assureur en place devrait rembourser le médicament requis, même lorsque le contrat prend fin. C'est de cette façon que la protection d'invalidité de longue durée est conçue et c'est de cette façon que l'assurance pour les médicaments coûteux pourrait être conçue. Ces deux protections d'assurance souscrivent un risque qui peut donner droit à des prestations annuelles de plusieurs milliers de dollars pendant plusieurs années.

Concrètement, les médicaments coûteux seraient couverts sous une protection d'assurance distincte ayant ses propres dispositions contractuelles et sa propre tarification. Elle ne serait plus intégrée au régime d'assurance maladie comme c'est le cas actuellement. Une liste de médicaments coûteux évolutive serait alors établie. Lorsqu'un événement ouvrant droit à une prestation surviendrait (la prescription), l'assureur en place assumerait les réclamations aussi longtemps que nécessaire. En cas de terminaison de contrat, l'assureur conserverait la responsabilité de paiement et de gestion de la réclamation.

Cette nouvelle approche offrirait plusieurs avantages pour les promoteurs de régimes privés, notamment un meilleur contrôle des coûts d'assurance, une plus grande facilité lors de changement d'assureur, une gestion plus active des réclamations de médicaments coûteux par l'assureur ainsi qu'une saine relation employeur-employé.

⁵ Selon le régime public en vigueur, l'assuré pourrait recevoir un remboursement conformément aux règles et conditions applicables.

Un meilleur contrôle de coûts

Comme nous l'avons vu précédemment, lorsque survient une réclamation coûteuse et récurrente pour un médicament, cela affecte brusquement la prime requise pour l'assurance médicaments du groupe. Nous avons vu que malgré le mécanisme de mutualisation, l'impact d'une réclamation de REMICADE de 45 000 \$ peut, à elle seule, générer une augmentation de 12 % pour un employeur qui compte 150 employés (figure 4). Cela provient du fait que l'ajustement dépend essentiellement de l'expérience propre au groupe et que les premiers 25 000 \$ de la réclamation sont inclus dans l'expérience du groupe, nécessitant un ajustement correspondant dans la prime annuelle pour l'année suivante. De plus, à moins que la portion en excédant du seuil ne soit partagée avec les autres assureurs, une réclamation peut engendrer une perte financière considérable pour l'assureur, le forçant à augmenter d'autres aspects financiers du contrat. Le cas échéant, l'employeur absorbe indirectement le plein impact de la réclamation.

En souscrivant les médicaments coûteux de la même manière que les prestations d'invalidité de longue durée, l'expérience propre au groupe serait sujette à la notion de crédibilité. Le niveau de crédibilité détermine si l'expérience du groupe influencera ou non le niveau de la prime requise. On peut d'ores et déjà penser qu'aucune crédibilité ne serait accordée à l'expérience pour les groupes de petite taille comme celui utilisé dans l'exemple. Ainsi, le nombre et la valeur des médicaments coûteux n'affecteraient plus la prime requise. La prime serait établie selon l'ensemble du portefeuille de l'assureur, permettant ainsi une meilleure stabilité de la prime requise pour l'ensemble de la couverture des soins de santé.

Comme c'est le cas pour l'invalidité de longue durée, lorsqu'un groupe atteint une certaine taille, son expérience pourrait influencer le niveau de la prime requise, selon le niveau de crédibilité ainsi déterminé. Les réclamations de médicaments coûteux étant peu fréquentes et pouvant excéder le coût des prestations d'invalidité de longue durée, il faudra sans doute un nombre élevé d'assurés pour que l'expérience propre au groupe soit considérée pleinement crédible, d'autant plus que les réserves pourraient atteindre des sommes colossales. On peut penser que le nombre d'année-vies** requis pour que l'expérience soit pleinement crédible serait supérieur à celui de l'invalidité de longue durée.

En résumé, cette nouvelle approche stabiliserait les primes d'assurance médicaments en établissant la tarification en fonction de l'expérience de l'ensemble du portefeuille de l'assureur, partageant ainsi le risque entre tous les promoteurs. Cela serait particulièrement vrai chez les promoteurs de plus petite taille ayant un risque plus élevé de forte fluctuation, puisque l'expérience propre à ces groupes ne serait plus considérée pour déterminer le niveau de la prime requise. Cela assurerait une bien meilleure stabilité que les mécanismes actuels de mutualisation.

Il faut aussi préciser que les primes pourraient tout de même être ajustées annuellement comme c'est le cas pour l'assurance invalidité de longue durée selon différents facteurs : l'expérience de l'ensemble du portefeuille de l'assureur, les changements démographiques propres au groupe, la venue de nouveaux médicaments, etc. Les actuaires devront réfléchir à un modèle qui déterminera la tarification et les ajustements subséquents requis.

** Une année d'expérience pour un assuré.

Changement d'assureur facilité

Actuellement, les promoteurs ayant des assurés réclamant des médicaments coûteux sur base récurrente peuvent rencontrer des difficultés à trouver un assureur offrant de bonnes conditions financières. Si l'impact des réclamations récurrentes de médicaments coûteux est important, les assureurs pourraient même refuser de souscrire le groupe. D'ailleurs, nous observons de plus en plus d'assureurs qui refusent de soumettre une proposition d'assurance ou qui soumettent des conditions financières pénalisantes à un promoteur aux prises avec des réclamations récurrentes de médicaments coûteux. L'encadrement de la mutualisation par la Société de compensation et la nouvelle entente de l'ACCAP permet en principe de réduire cette forme de captivité, mais son efficacité, en toutes circonstances, reste à démontrer.

En maintenant la responsabilité de l'assureur au-delà de la période contractuelle, l'assureur en place demeurerait responsable du versement des prestations pour les médicaments coûteux même si le contrat était résilié. De cette façon, les assureurs appelés à présenter une soumission ne prendraient plus en charge le paiement de ces réclamations. Ainsi, le promoteur ne subirait plus de préjudice en raison de ces réclamations. C'est de cette façon que les assureurs procèdent pour la protection d'invalidité de longue durée.

Une gestion plus active des réclamations

Les assureurs prennent de plus en plus conscience que les réclamations coûteuses de médicaments nécessitent une gestion plus rigoureuse. Ils prennent des actions concrètes afin d'améliorer leur gestion, soit par la révision de leur liste de médicaments nécessitant une autorisation préalable, la collaboration de pharmaciens dans la gestion du dossier, la révision de leur procédure de remboursement ou autres initiatives.

Forcément, les assureurs développeraient les meilleures pratiques en matière de gestion des médicaments coûteux, ce qui contribuerait à réduire leurs coûts.

Comme l'assureur serait dorénavant responsable du paiement de la réclamation au-delà de la période contractuelle et que la tarification propre au groupe ne serait plus ajustée directement lorsque survient un cas de médicaments coûteux, l'assureur assumerait pleinement le risque financier d'une réclamation. Il aurait donc tout intérêt à gérer activement la réclamation. Forcément, les assureurs développeraient les meilleures pratiques en matière de gestion des médicaments coûteux, ce qui contribuerait à réduire leurs coûts tout en maintenant les traitements médicamenteux adéquats.

Vers une saine relation employeur-employé

Malgré la rigueur exercée pour respecter les normes de confidentialité, il arrive qu'indépendamment de la volonté de l'assureur, l'employeur apprenne ou « devine » l'identité d'un employé (ou un membre de sa famille) qui réclame un montant important en médicaments. Cette situation plonge l'employeur dans une situation délicate alors que pour l'employé, cela pourrait s'avérer préoccupant.

En effet, si l'employé est mis à pied, ses réclamations sont retirées de l'expérience et la prime requise par l'assureur est réduite, parfois de façon importante. Ce n'est pas le cas pour les employés qui reçoivent des prestations d'invalidité de longue durée. Qu'on le veuille ou non, cela peut ouvrir la porte à des terminaisons d'emploi dont le motif réel, sans que cela ne soit mentionné, est la prise de médicaments coûteux par un employé ou un membre de sa famille. Cette situation pourrait donner lieu à des poursuites judiciaires.

En vertu de l'approche que nous proposons, l'assureur maintiendrait le paiement de la réclamation au-delà de l'emploi, assurant ainsi une saine relation d'emploi. Les employés qui réclament des médicaments coûteux n'auraient plus à s'inquiéter pour le maintien de leur emploi ou de leur protection et les employeurs seraient à l'abri de poursuites judiciaires pour ce motif, qu'elles soient fondées ou non.

Une industrie qui progresse!

Enfin, les promoteurs n'auraient plus à se soucier du risque qu'un employé réclame un médicament coûteux pendant plusieurs années pour prolonger sa vie ou améliorer sa qualité de vie. Le risque serait ainsi mieux partagé avec l'ensemble des promoteurs de régimes, comme c'est le cas pour la protection d'invalidité de longue durée.

Il s'agit d'une occasion unique pour les assureurs de développer un nouveau produit qui répond à un besoin bien réel des promoteurs de régimes privés et de leurs assurés.

Les actuaires devraient développer une méthodologie et des hypothèses propres à ce nouveau produit d'assurance pour déterminer la tarification applicable. Notamment, les facteurs pour déterminer les réserves requises seraient à établir ainsi que les notions de crédibilité. L'*Institut canadien des actuaires* (« ICA ») pourrait établir des lignes directrices sur ces aspects.

Les assureurs devraient être informés de la venue de nouveaux médicaments sur le marché puisque ceux-ci pourraient influencer à la hausse ou à la baisse la tarification. Un comité pourrait être formé afin d'évaluer la pertinence d'ajouter ou de retirer un médicament coûteux de la liste des médicaments couverts. Cela pourrait ressembler au *Comité scientifique d'évaluation des médicaments aux fins d'inscription* (« CSEMI ») de l'*Institut national d'excellence en santé et en services sociaux* (« INESSS ») qui détermine les médicaments couverts par le *Régime général d'assurance-médicaments* du Québec (« RGAM »).

Les dispositions contractuelles doivent être réfléchies. Il y aurait sans doute des constats de similitudes à faire avec les protections d'assurance invalidité de longue durée, d'assurance pour maladies graves ou d'assurance pour soins de longue durée. L'ACCAP pourrait notamment collaborer à la définition des règles applicables pour le changement d'assureurs, les changements de médicaments, la terminaison de la protection, les conditions préexistantes, etc.

Le changement proposé est important dans la façon de souscrire les médicaments coûteux et comporte de nombreux défis techniques, administratifs et légaux. En revanche, il s'agit d'une occasion unique pour les assureurs de développer un nouveau produit qui répond à un besoin bien réel des promoteurs de régimes privés et de leurs assurés.

CONCLUSION

L'émergence des médicaments coûteux crée une pression sans précédent sur les promoteurs qui offrent une assurance médicaments à leurs membres. La pression varie considérablement d'une province à l'autre. Au Québec, elle est particulièrement forte puisque la *Loi sur l'assurance médicaments* force les promoteurs à couvrir un certain nombre de médicaments. C'est pourquoi la Société de compensation joue un rôle important dans la mutualisation des risques. En Colombie-Britannique, la pression est moindre puisque les promoteurs sont protégés par un régime public qui assume le coût des médicaments au-delà d'un seuil peu élevé qui est fonction du revenu de chaque individu.

Dans la plupart des cas, les médicaments représentent entre 30 % et 40 % de la facture totale du régime d'assurance collective. Les promoteurs doivent-ils conserver la couverture des médicaments pour leurs membres? Les membres doivent-ils avoir accès à des traitements médicamenteux coûteux? La réponse est oui, plus que jamais, car les médicaments coûteux constituent des traitements thérapeutiques éprouvés et représentent dorénavant le risque financier le plus élevé jamais rencontré en santé. La couverture de ce risque se conjugue avec les fondements de l'assurance.

L'assurance est basée sur un principe universel : le partage de risque. L'assurance collective est un moyen mis de l'avant par les promoteurs afin de partager le risque de leurs membres entre eux, mais aussi avec tous les autres promoteurs.

De plus en plus, l'assurance collective est présentée comme une forme de rémunération, englobant plusieurs soins de santé qui ne présentent pas de réels risques financiers (lunettes, examens dentaires, soins de massothérapie, etc.). Les avantages sont indéniables : économies d'échelle, avantages fiscaux, prévention, productivité, mobilisation des employés, etc. Or, il est important de se rappeler que l'objectif premier demeure celui de protéger les membres contre un événement ayant des conséquences financières catastrophiques, comme c'est le cas pour les individus qui ont besoin de médicaments dispendieux. Il n'y a pas de meilleur exemple pour démontrer l'utilité de l'assurance. En contrepartie, l'impact financier de ces médicaments sur les régimes privés menace leur pérennité. En 2002, dans le cadre de la *Commission Romanow*, le gouvernement s'était penché sur la possibilité de couvrir ces médicaments avec un régime national de médicaments coûteux, mais rien n'a abouti.

L'espérance de vie des régimes privés d'assurance médicaments n'est plus ce qu'elle était. L'industrie doit rapidement se mettre à la tâche et concocter le remède qui assurera leur pérennité.

Il faut que les experts concernés réfléchissent à cet enjeu dès maintenant. L'approche proposée dans ce document mérite d'être étudiée et discutée. Qu'elle soit ultimement empruntée par notre industrie ou non, cette concertation apportera sûrement des idées constructives.

RÉFÉRENCES

1. Institut canadien d'information sur la santé, *Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2012*, Ottawa (Ontario), ICIS, 2013.
2. Institut canadien d'information sur la santé, *Facteurs d'accroissement des dépenses en médicaments prescrits au Canada*, Ottawa (Ontario), ICIS, 2012
3. ESI Canada, *Rapport de ESI Canada sur les tendances en matière de médicaments en 2007*, Mississauga (Ontario), 2008.
4. Express Scripts Canada, *Rapport sur les tendances en matière de médicaments en 2012*, Mississauga (Ontario), 2013.
5. Conférence TELUS Santé, *Régimes d'assurance médicaments – Rétrospective 2012*, Montréal (Québec), 27 mars 2013.
6. Medical Billing and Coding, *The 11 Most Expensive Medicines in America*, 6 février 2012 (<http://www.medicalbillingandcoding.org/blog/the-11-most-expensive-medicines-in-america/>)
7. Société de compensation en assurance médicaments du Québec (http://www.mutualisation.ca/fr/home_fr.htm)
8. Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes, Société canadienne de mutualisation en assurance médicaments (http://www.clhia.ca/domino/html/clhia/clhia_lp4w_lnd_webstation.nsf/page/BD89A7B752F011CD852579D40053CFE7?OpenDocument)
9. Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes, Rapport de l'ACCAP sur les politiques en matière de médicaments sur ordonnance au Canada <http://clhia.uberflip.com/i/140818>

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que son auteur soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de Normandin Beaudry, Actuaire conseil inc..

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter Normandin Beaudry, Actuaire conseil inc. :
630, boul. René-Lévesque Ouest, 30^e étage, Montréal (Québec) H3B 1S6
Téléphone : 514-285-1122 / Télécopieur : 514-285-1199
www.normandin-beaudry.ca
general@normandin-beaudry.ca

© 2013 Normandin Beaudry, Actuaire conseil inc.

This publication is also available in English under the title *A Solution for Private Drug Plans*

normandin
beaudry

noir sur blanc