

# Tendances en garanties collectives



## Offrir de la valeur aux payeurs du secteur privé et aux promoteurs : des approches différentes des deux côtés de la frontière...

- par Amanda Ung

### Partie 1

Issues de pays similaires, les initiatives du Canada et des États-Unis en matière de développement économique, de politique et de soins de santé sont souvent comparées. Se pourrait-il que la solution à la hausse du coût des soins de santé au Canada se trouve de l'autre côté de la frontière? Les promoteurs de régime canadiens pourraient-ils tirer des leçons de leurs homologues américains?

Cette première partie d'une série de deux articles fait toute la lumière sur l'environnement actuel des soins de santé au Canada, environnement dans lequel les promoteurs coordonnent et prennent en charge les frais associés aux régimes d'assurance-maladie privés de leurs employés. La deuxième partie met en comparaison le modèle américain, et lance l'hypothèse de la réussite au Canada des stratégies qui semblent bien fonctionner aux États-Unis et qui pourraient entraîner des économies pour les promoteurs.

Au cours des années 60 et des années 70, les systèmes de santé du Canada et des États-Unis étaient semblables. Bien que l'efficacité des deux systèmes ait été éprouvée, les modèles ont pris une direction opposée au fil des années. Le Canada a maintenu un système de santé universel subventionné par l'État en vertu de la Loi canadienne sur la santé, tandis que les États-Unis ont privilégié un modèle de gestion intégrée des soins de santé et ont permis la privatisation des soins de santé pour les Américains mieux nantis.

*Le taux de croissance du coût des médicaments sur ordonnance est toutefois plus élevé pour les régimes privés que pour les régimes publics, soit de 11 % contre 6,75 %. En outre, le plus récent rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé montre que les médicaments sur ordonnance représentent 25 milliards de dollars, soit plus de 80 % du marché pharmaceutique canadien total.*

À l'instar des États-Unis, le Canada fait face au vieillissement de la population et à la hausse exponentielle de la demande pour des ressources en soins de santé. Ces facteurs, conjugués au ralentissement économique mondial que nous avons connu récemment, ont incité certains gouvernements provinciaux (notamment l'Alberta et l'Ontario) à passer à l'action. En vue de permettre à tous les Canadiens (c'est-à-dire les salariés, les sans-emploi et les retraités) de se prévaloir d'un système de santé équitable et durable, notre

***Le secteur privé est de moins en moins apte à gérer l'augmentation du coût des soins de santé. Comme les promoteurs peinent à contenir la hausse des coûts touchant leur régime de garanties, les régimes de retraite subissent des compressions et les participants doivent assumer plus de frais.***

gouvernement a mis au point, au cours des dix dernières années, une série de stratégies et de politiques de compression des coûts visant à améliorer l'accès aux soins de santé. Nous nous attendons à ce que ces changements se poursuivent au cours des dix prochaines années.

Au Canada, le coût des soins de santé est en grande partie partagé entre le secteur privé et le secteur public, et il est également assumé, à un certain degré, par un petit pourcentage de personnes pour ce qui est des frais à la charge du demandeur. Les régimes privés canadiens peuvent rembourser certains soins de santé, tels que les articles pour diabétiques, la massothérapie, la chiropraxie, les frais d'optique et les médicaments. Pour les payeurs du secteur public autant que pour ceux du secteur privé, les médicaments sur ordonnance représentent une part importante du coût total des soins de santé. Le ratio public-privé demeure 45:55 depuis plusieurs années. Le taux de croissance du coût des médicaments sur ordonnance est toutefois plus élevé pour les régimes privés que pour les régimes publics, soit de 11 % contre 6,75 %. En outre, le plus récent rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé montre que les médicaments sur ordonnance représentent 25 milliards de dollars, soit plus de 80 % du marché pharmaceutique canadien total. Nous pouvons nous attendre à ce que les changements apportés à la réglementation du secteur public en vue de réduire les coûts aient des répercussions et qu'ils déplacent potentiellement les coûts vers les régimes privés.

Bien que le Canada ait maintenu un système de santé universel subventionné par l'État en vertu de la Loi canadienne sur la santé, il faut noter que la couverture des produits pharmaceutiques diffère d'une province à l'autre. Au printemps 2010, plusieurs provinces, en particulier l'Ontario et l'Alberta, ont apporté des changements à leur réglementation dans le but de réduire le prix des médicaments génériques tant pour les secteurs public et privé et de réformer leurs programmes publics d'assurance-médicaments. Selon l'Étude du secteur canadien des médicaments génériques du Bureau de la concurrence du Canada, ces changements visent l'établissement d'un système de tarification des médicaments génériques et un accès équitable pour la plupart des Canadiens. Deux autres provinces, la Colombie-Britannique et le Québec, ont annoncé récemment des changements similaires.

Les gouvernements provinciaux commencent à réglementer le prix des médicaments génériques dans le secteur privé, et il ne fait pas l'unanimité que ces changements entraîneront réellement des économies ou une hausse des coûts pour les promoteurs. L'industrie des soins de santé est une industrie dynamique et complexe mettant en scène des joueurs variés qui rivalisent entre eux pour une même part du marché. Il faut donc s'attendre à ce que de tels changements à la réglementation occasionnent des réactions sur le marché, de même que des conséquences sous-jacentes, mais involontaires, qui, à leur tour, entraîneront d'autres réactions.

Le secteur privé est de moins en moins apte à gérer l'augmentation du coût des soins de santé. Comme les promoteurs peinent à contenir la hausse des coûts touchant leur régime de garanties, les régimes de retraite subissent des compressions et les participants doivent assumer plus de frais. À notre avis, le transfert des coûts du secteur public au secteur privé, en plus de ces incidences, n'est pas la solution. Vu l'incroyable pression exercée sur les payeurs des secteurs public et privé, il y a tout lieu de s'inquiéter du fait que les Canadiens puissent n'avoir, pour seul choix, qu'un accès très limité aux ressources de santé ou aux médicaments.

Nous vous invitons à lire notre deuxième article, qui dresse un portrait de la situation chez nos voisins du Sud. Les Canadiens pourraient-ils tirer une leçon du modèle américain et aider les payeurs du secteur privé à faire face à la hausse du coût des soins de santé?

## Partie 2

Dans la première partie de notre série de deux articles, nous avons examiné l'environnement actuel des soins de santé au Canada ainsi que la possibilité d'un accès très limité aux ressources ou aux médicaments. Cet article donne un aperçu du modèle américain de gestion intégrée des soins de santé, qui ouvre la voie à la privatisation des soins.

Les États-Unis sont l'un des seuls pays riches et industrialisés à ne pas offrir un système de santé universel. Seulement 59 % de ses résidents ont accès à une assurance-maladie, généralement par l'intermédiaire de leur employeur, et les taux de couverture et de cotisation individuelle varient grandement. Tandis que les réformes actuelles permettent à plus d'Américains de bénéficier d'une couverture, le fardeau des coûts pourrait être de plus en plus déplacé vers les participants et les personnes à leur charge.

Comme c'est le cas au Canada, les dépenses annuelles en soins de santé des États-Unis augmentent (2,3 billions de dollars dépensés en 2008). Le ralentissement économique que nous avons connu récemment et la hausse rapide des coûts exercent une pression financière sur tous les systèmes finançant les soins de santé, y compris les régimes privés parrainés par l'employeur. En 2009, seuls 60 % des employeurs américains offraient une couverture d'assurance-maladie. Selon l'Affordable Health Care Act, dès 2014, toute entreprise comptant 50 employés ou plus qui n'offre pas de couverture devra payer une amende.

Les réformes actuelles permettront également aux plus petits groupes et aux particuliers de souscrire une assurance à prix abordable. Parmi les défis qui attendent le gouvernement fédéral, notons le juste équilibre entre la transition vers un marché stable de l'assurance sans interruption des dispositions actuelles, et l'augmentation des primes avec réduction de la couverture.

À mesure que les coûts augmentent, la pression se fait sentir sur les employeurs, et bon nombre d'entre eux doivent maintenant offrir une couverture de base. En vertu de la nouvelle réglementation, les employeurs ne pourront pas mettre en place un maximum annuel ou viager dans le cadre de leurs garanties, les personnes à charge pourront bénéficier de la couverture d'assurance-maladie de leurs parents jusqu'à l'âge de 26 ans, et les personnes à charge de moins de 19 ans seront couvertes même en cas d'affection préexistante. Comme un besoin entraîne toujours une solution,

les assureurs américains peuvent aider les employeurs à surmonter ces obstacles en utilisant deux stratégies : choix et créativité.

De nombreux choix s'offrent aux employeurs et aux employés en ce qui a trait à la couverture, aux régimes et aux différents paliers des régimes. Les employeurs ont la souplesse de maintenir des coûts peu élevés et de personnaliser leurs régimes selon la demande des employés. Même si les régimes offrant différents niveaux de coassurance semblent plus complexes, il en résulte des employés mieux informés et une utilisation plus optimale des régimes. De nombreux employeurs ont opté pour des régimes autofinancés, souvent avec une protection en excédent de pertes, particulière ou mise en commun.

Dans une entreprise où le personnel est en santé, les programmes garantis par l'employeur peuvent être rentables, bien que certains craignent les règlements pour des affections sérieuses. Des petites ou moyennes entreprises se prévalent alors de l'assurance en excédent de pertes pour réduire les risques. Elles couvrent ainsi le montant excédant un seuil déterminé. À compter du 23 septembre 2010, les régimes d'assurance-maladie collectifs ne pourront plus imposer de maximums viagers. En conséquence, les employeurs comptant un plus grand nombre d'employés qui n'ont jamais souscrit d'assurance en excédent de pertes pourraient envisager cette solution au lieu d'un montant maximum.

Les employeurs américains peuvent également utiliser des outils qui ont été conçus expressément pour les consommateurs, lesquels sont de mieux en mieux informés sur les coûts, pour normaliser et même parfois réduire le coût des services de santé et des médicaments sur ordonnance. Deux types de produits sont offerts :

les comptes de soins de santé (Health Savings Account) et les formules de remboursement (Health Reimbursement Account). Les comptes de soins de santé doivent faire partie d'un régime à franchise élevée. Un tel régime peut prévoir la couverture de certains frais courants, comme les soins de prévention. Le participant paie tous les autres frais au moyen de son compte de soins de

***En 2009, seuls 60 % des employeurs américains offraient une couverture d'assurance-maladie. Selon l'Affordable Health Care Act, dès 2014, toute entreprise comptant 50 employés ou plus qui n'offre pas de couverture devra payer une amende.***

santé, jusqu'à ce que la limite soit atteinte. Les employés qui participent à une formule de remboursement se voient rembourser tous les frais de soins de santé par leur employeur qui, à son tour, bénéficie d'avantages fiscaux. Les fonds non utilisés peuvent être reportés à l'année suivante. L'avenir de ces produits après 2014 sous l'Affordable Health Care Act est actuellement inconnu. Quoi qu'il en soit, il est possible que les employeurs privilégient les garanties facultatives à ces produits assortis d'une franchise élevée, puisque celles-ci permettent de faire porter une plus grande part des frais à la charge des employés.

Pour gérer la hausse des coûts, davantage d'assureurs américains et d'autres systèmes de garanties emploient des stratégies créatives. Certains assureurs adoptent des techniques de gestion de l'utilisation des médicaments sur ordonnance, notamment les programmes de gestion des

**Récemment, des promoteurs exerçant leurs activités aux États-Unis ont pris des mesures en vue d'obtenir les meilleurs prix auprès des compagnies pharmaceutiques pour leurs divisions américaine et canadienne, tandis que d'autres promoteurs se sont regroupés pour négocier de meilleures réductions sur les médicaments sur ordonnance.**

maladies chroniques, l'obtention de prix de médicaments moins élevés, les fournisseurs de produits pharmaceutiques privilégiés, le partage des coûts entre le promoteur et les participants, les régimes à paliers multiples, l'élimination de certains médicaments du régime, la réduction du plafond applicable aux frais d'exécution d'ordonnance, et la promotion d'un mode

d'emploi approprié pour certains médicaments, comme le programme d'essai et le traitement par étapes. De plus en plus de compagnies d'assurance offrent une protection en excédent de pertes dans le cadre des régimes provisionnés par l'employeur couvrant des médicaments spéciaux, afin de réduire au maximum les risques financiers associés à ces médicaments.

Contrairement au Canada, les États-Unis ne réglementent pas le prix des médicaments d'origine. Pourtant, étant donné l'augmentation rapide des coûts, le vieillissement de la population et l'utilisation accrue de médicaments spéciaux plus coûteux, de nombreux Américains ne sont pas en mesure de payer pour les médicaments dont ils ont besoin. Certains assureurs offrent donc des régimes par paliers prévoyant une quote-part ou un maximum

plus élevé pour les médicaments plus chers. En revanche, d'importants organismes d'assurance maladie (OAM) ont tiré profit de leur pouvoir d'achat en grandes quantités pour négocier des rabais plus substantiels directement auprès des compagnies pharmaceutiques. Récemment, des promoteurs exerçant leurs activités aux États-Unis ont pris des mesures en vue d'obtenir les meilleurs prix auprès des compagnies pharmaceutiques pour leurs divisions américaine et canadienne, tandis que d'autres promoteurs se sont regroupés pour négocier de meilleures réductions sur les médicaments sur ordonnance.

Pour résumer, nous avons fait la lumière sur les nombreuses approches intéressantes en matière de gestion du coût des médicaments qui sont utilisées des deux côtés de la frontière. Que ce soit au Canada ou aux États-Unis, les payeurs du secteur privé sont toujours à la recherche de moyens novateurs et durables d'optimiser leurs garanties de remboursement de frais de médicaments, maintenant et à l'avenir.

**À propos d'Amanda : Amanda Ung est directrice des Garanties de remboursement de frais de médicaments à la Financière Sun Life.**

## Partie 1

*Tirée de Benefits Canada Across Borders, Août 2010, vol. 2, n° 3*

## Partie 2

*Tirée de Benefits Canada Across Borders, Septembre/Octobre 2010, vol. 2, n° 4*

<sup>1</sup> The Henry J. Family Foundation "Prescription Drug Trends" Mai 2010

<sup>2</sup> The Henry J. Family Foundation "U.S. Health Care Costs" [http://www.kaiseredu.org/topics\\_im.asp?imID=1&parentID=61&id=358](http://www.kaiseredu.org/topics_im.asp?imID=1&parentID=61&id=358)

<sup>3</sup> The Henry J. Family Foundation "Prescription Drug Trends" Mai 2010

<sup>4</sup> LIMRA "The Employee Benefits Balancing Act" 2008

<sup>5</sup> LIMRA "The Employee Benefits Balancing Act" 2008

<sup>6</sup> The Henry J. Family Foundation "Prescription Drug Trends" Mai 2010

<sup>7</sup> The Henry J. Family Foundation "U.S. Health Care Costs" [http://www.kaiseredu.org/topics\\_im.asp?imID=1&parentID=61&id=358](http://www.kaiseredu.org/topics_im.asp?imID=1&parentID=61&id=358)

<sup>8</sup> The Henry J. Family Foundation "Prescription Drug Trends" Mai 2010