

Le bulletin mensuel *ActualitéAC* d'Eckler présente des commentaires sur les nouvelles et les enjeux ayant une incidence sur les régimes d'assurance collective canadiens.

Voici ce que nous vous présentons dans ce numéro :

- *La Colombie-Britannique présente les détails du nouvel impôt-santé pour les employeurs, qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2019*
- *Le nouveau gouvernement de l'Ontario annonce des modifications à l'Assurance-santé Plus*
- *Conséquences des exigences législatives potentielles sur la souscription des prestations d'ILD*
- *Québec : nouveaux tarifs de la RAMQ, en vigueur le 1^{er} juillet 2018*
- *Début des consultations sur un programme national d'assurance médicaments*
- *Un rapport du CEPMB se penche sur les tendances en matière de médicaments de spécialité à prix élevé au Canada et sur les marchés internationaux*

Gestion des régimes d'assurance collective

La Colombie-Britannique présente les détails du nouvel impôt-santé pour les employeurs, qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2019

Le 5 juillet 2018, le gouvernement de la Colombie-Britannique a **annoncé** les détails du nouvel impôt-santé pour les employeurs (Employer Health Tax, EHT) qui doit entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2019. La province avait annoncé auparavant qu'elle réduirait de 50 % les primes du programme Medical Services Plan (MSP) à compter du 1^{er} janvier 2018 avant de les éliminer complètement et de mettre en place un impôt afin de combler la perte de revenus découlant de cette décision. Ces annonces ont fait l'objet de discussions dans le numéro de février 2018 d'**Actualité AC**.

Sous réserve de l'approbation législative, comme il est indiqué dans l'avis **Notice 2018-001**, l'EHT sera payé par les « employeurs » - que l'avis définit comme les entités ayant une masse salariale en Colombie-Britannique. Ceci inclut la somme de tous les paiements faits à des employés se présentant au travail dans un établissement permanent de l'employeur dans la province, et aux employés qui ne se présentent pas au travail dans un tel établissement, mais qui sont payés par ou par l'entremise d'un établissement permanent dans la province. La masse salariale est définie comme le revenu d'emploi et les avantages imposables en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*, incluant :

- salaire/traitement (incluant les avances);
- paiements pour main-d'œuvre occasionnelle;
- primes, commissions et autres paiements similaires;
- paie de vacances;
- pourboires versés par l'entremise de l'employeur;
- allocations et avantages imposables;
- paiements supplémentaires par l'employeur pour les congés de maternité, etc. (ces paiements ne sont **pas** assujettis à l'EHT s'ils sont versés par « un tiers fiduciaire indépendant en vertu des dispositions d'un régime de prestations supplémentaires d'assurance-emploi »);
- honoraires d'administrateur versés aux membres d'un conseil d'administration;
- options d'achat d'actions;
- cotisations à un REER versées par l'employeur;
- primes d'assurance vie collective payées par l'employeur.

Les cotisations ou primes suivantes payées par l'employeur ne sont **pas** assujetties à l'impôt proposé :

- cotisations à un régime de pension agréé;
- cotisations à un régime de services de santé privé;
- cotisations à un régime de prestations supplémentaires d'assurance-emploi;
- cotisations à un régime de participation différée aux bénéfices;
- cotisations à un compte de convention de retraite.

Comme les entrepreneurs indépendants ne sont pas dans une relation d'emploi avec l'entreprise qui retient leurs services, les sommes payées pour de tels services ne seront pas assujetties à l'EHT.

La cotisation à l'EHT sera établie comme suit :

Employeurs réguliers	
Masse salariale annuelle en C.-B.	Taux d'imposition
< 500 000 \$	0 %
500 000,01 \$ - 1 500 000 \$	2,95 % sur l'excédent de 500 000 \$
> 1 500 000 \$	1,95 % de la masse salariale totale en C.-B.
Organismes de charité enregistrés et sans but lucratif*	
Masse salariale annuelle en C.-B.	Taux d'imposition
< 1 500 000 \$	0 %
1 500 000,01 \$ - 4 500 000 \$	2,95 % sur l'excédent de 1 500 000 \$
> 4 500 000 \$	1,95 % de la masse salariale totale en C.-B.

* Définition : clubs, sociétés ou associations organisées et exploitées uniquement dans un but de bien-être social, d'amélioration civique, de loisir/récréation ou tout autre but autre que le profit, et qui s'assurent qu'aucune partie de leurs revenus n'est distribuée à leurs membres, propriétaires ou actionnaires.

L'enregistrement en vue de la déclaration et du paiement de l'impôt proposé débutera en janvier 2019. Des versements trimestriels seront exigés pour les employeurs dont la masse salariale dépasse 600 000 \$ pour les employeurs réguliers, et 1 600 000 \$ pour les organismes de charité et les organismes sans but lucratif.

Répercussions : Comme les primes du MSP ne seront pas abolies avant le 1^{er} janvier 2020, les employeurs ayant une masse salariale en C.-B. – et qui paient la totalité ou une partie de la prime du MSP pour leurs employés – paieront à la fois la prime (réduite) du MSP et le nouvel impôt-santé en 2019. Certains régimes d'avantages sociaux interentreprises financés par des cotisations déterminées paient les primes du MSP pour leurs participants; comme ces régimes ne seront pas assujettis à l'EHT, l'abolition des primes du MSP pourrait avoir une incidence positive sur leurs revenus nets, selon les dispositions de leurs conventions collectives. D'autres détails sur le nouvel impôt-santé seront disponibles lorsque les dispositions législatives seront déposées à l'automne. Nous continuerons de suivre le dossier et d'en faire rapport dans les prochains numéros d'*ActualitéAC*.

Le nouveau gouvernement de l'Ontario annonce des modifications à l'Assurance-santé Plus

Le nouveau gouvernement de l'Ontario apporte des modifications au programme d'assurance-médicaments pour les enfants dans la province. Comme nous l'avons signalé dans le numéro de juillet 2017 d'*ActualitéAC*, le programme d'assurance-médicaments pour les enfants et les jeunes (Assurance-santé Plus) a été mis en place par le précédent gouvernement libéral afin d'offrir un régime universel d'assurance-médicaments pour les enfants et les jeunes de moins de 24 ans. L'Assurance-santé Plus est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Le 30 juin 2018, la nouvelle ministre de la Santé et des Soins de longue durée, Christine Elliott, a **annoncé** que l'Assurance-santé Plus resterait le premier payeur pour les personnes de moins de 24 ans qui n'ont pas de couverture d'assurance pour les médicaments d'ordonnance. Cependant, les enfants et les jeunes qui sont assurés en vertu d'un régime privé devront d'abord chercher à obtenir auprès de

celui-ci un remboursement de leurs dépenses, « et le gouvernement assumera le solde des coûts admissibles de médicaments d'ordonnance ».

Dans un communiqué, l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes a indiqué son engagement à travailler avec le gouvernement afin d'assurer une transition sans heurts pour les personnes admissibles à une protection dans le cadre d'un régime d'avantages sociaux offert par un employeur.

Répercussions : Lorsque les changements ci-dessus auront été mis en œuvre par voie législative, les employeurs ne pourront plus bénéficier des économies prévues antérieurement sur les dépenses de médicaments des employés et des personnes à charge de moins de 24 ans. En fait, puisque l'annonce du programme Assurance-santé Plus a été faite avant le début de 2018, plusieurs promoteurs pourraient avoir établi leur budget pour 2018 en fonction d'une certaine baisse du coût des médicaments pour ce groupe d'employés ou de personnes à charge. Ces budgets ou projections des dépenses de médicaments seront plus élevés pour 2018 qu'il ne l'avait été prévu il y a un an, lors de l'annonce du programme. *ActualitéAC* continuera de suivre l'évolution de la situation et d'en faire rapport à mesure que des renseignements supplémentaires seront divulgués.

Le coin de l'actuaire

Conséquences des exigences législatives potentielles sur la souscription des prestations d'ILD

Un régime d'invalidité de longue durée (ILD) est peut-être le régime d'assurance collective le plus important que puisse offrir un promoteur de régime, puisqu'il vise à protéger l'actif le plus important de la plupart des participants – leurs revenus futurs. La nature de cette prestation fait en sorte que l'expérience du régime d'ILD peut être volatile, en raison tant de l'incidence des demandes de règlement (combien de participants et quels participants deviennent invalides) et de leur durée (pendant combien de temps les participants invalides reçoivent des prestations).

Bien que la vaste majorité des régimes d'ILD au Canada soient assurés par des compagnies d'assurance vie, certains promoteurs de régimes de grande taille dans le secteur public et le secteur privé choisissent d'autoassurer leurs prestations d'ILD. La décision de recourir à l'autoassurance peut être fondée sur différentes raisons, incluant:

- le potentiel d'obtenir un meilleur rendement sur l'actif investi que ce qu'offrent les assureurs;

- la possibilité d'offrir certaines dispositions que les assureurs ne souhaitent pas offrir, et
- des frais moins élevés, notamment l'absence de taxe sur les primes d'assurance.

Certains promoteurs qui autoassurent les prestations d'ILD tentent de capitaliser pleinement ces prestations en investissant les cotisations d'une manière semblable à un régime de retraite, de façon à assurer une protection aux participants invalide si le régime devait être résilié plus tard. D'autres financent des prestations autoassurées par répartition, ce qui offre une moins grande protection aux participants si le promoteur devait résilier le régime ou faire faillite. Il y a eu des cas bien documentés (notamment Eaton et Nortel) dans lesquels les participants invalides se sont retrouvés avec des prestations d'ILD significativement réduites.

Le [rapport préliminaire](#) sur l'examen de la *Financial Institutions Act* (FIA) et de la *Credit*

Union Incorporation Act par le ministère des Finances de la Colombie-Britannique recommandait que les régimes d'ILD soient assurés, avec des exemptions pour certains employeurs présentant « un risque de faillite faible ». Les régimes d'ILD sont actuellement exemptés des règlements pris en application de la FIA. Bien que la province demande actuellement que les employeurs divulguent le fait que les prestations d'ILD sont autoassurées, le rapport note que plusieurs employés « restent probablement mal informés ou confus quant à savoir qui est responsable de leurs prestations d'ILD ».

Le ministère prévoit mener des consultations avec la communauté d'affaires et les syndicats sur les changements proposés et afin de mieux comprendre l'utilisation de l'autoassurance dans le secteur privé et dans les conventions collectives négociées.

Avec la publication du rapport préliminaire, la Colombie-Britannique devient la plus récente province à envisager d'exiger que tous les régimes d'ILD offerts par les employeurs soient assurés. Depuis le 1^{er} juillet 2014, le *Code canadien du travail* exige que les régimes d'ILD offerts par les employeurs de compétence fédérale soient assurés dans l'avenir. Bien que la loi ne soit pas encore en vigueur, l'Ontario a aussi modifié ses lois sur les assurances en 2014 pour exiger que les prestations d'ILD payables pour une durée de 52 semaines ou plus soient offertes en vertu d'un contrat d'assurance avec un assureur autorisé – cette

exigence ne s'appliquera pas aux prestations versées en vertu d'un régime de retraite agréé. Bien que tant la loi fédérale que la loi ontarienne prévoient des exemptions à l'exigence d'assurance, aucune exemption n'a jusqu'ici été accordée en vertu de l'une ou de l'autre. Veuillez consulter le numéro de février 2017 d'**Actualité AC** pour plus d'information sur la loi ontarienne.

Répercussions : L'élimination des régimes d'ILD autoassurés pour les promoteurs de régimes basés en Colombie-Britannique pourrait avoir des conséquences financières, en raison notamment des exigences relatives aux réserves des assureurs et des autres frais applicables en vertu des arrangements assurés. Veiller à ce que des arrangements de souscription et de financement appropriés soient en place pour chaque protection est un aspect important de la gestion globale d'un régime d'avantages sociaux. Ces arrangements devraient faire l'objet d'un examen détaillé sur une base régulière, selon l'évolution des circonstances et le degré de tolérance au risque du promoteur du régime. Veuillez consulter le numéro de mars 2017 d'**Actualité AC** pour une revue des pratiques exemplaires en matière de financement des régimes d'avantages sociaux. Nous continuerons de suivre la situation et d'en faire rapport dans les numéros futurs d'**Actualité AC**.

Le point juridique et législatif

Québec : nouveaux tarifs de la RAMQ, en vigueur le 1^{er} juillet 2018

La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a publié les [tarifs mis à jour pour le régime public](#) pour la période du 1^{er} juillet 2018 au 30 juin 2019. Le tableau ci-dessous résume les taux actuels et les nouveaux taux :

	Franchise mensuelle		Coassurance		Contribution mensuelle maximale		Prime maximale	
	Ancien	Nouveau	Ancien	Nouveau	Ancien	Nouveau	Ancien	Nouveau
Moins de 18 ans	0 \$	0 \$	0 %	0 %	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Étudiant à temps plein admissible de 18 à 25 ans ¹	0 \$	0 \$	0 %	0 %	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
18 à 64 ans	19,45 \$	19,90 \$	34,8 %	34,9 %	88,83 \$	90,58 \$	667 \$	616 \$
65 ans et plus :								
• Sans SRG	19,45 \$	19,90 \$	34,8 %	34,9 %	88,83 \$	90,58 \$	667 \$	
• Avec SRG au taux de 1 % à 93 % du maximum	19,45 \$	19,90 \$	34,8 %	34,9 %	52,65 \$	53,16 \$	667 \$	638 \$
• Avec SRG au taux de 94 % à 100 % du maximum	0 \$	0 \$	0 %	0 %	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
• Titulaires d'un carnet de réclamations ²	0 \$		0 %		0 \$		0 \$	

¹ Sans conjoint et vivant avec ses parents

² Émis par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

Répercussions : Les régimes privés au Québec qui offrent une protection de médicaments doivent offrir une couverture au moins égale à celle du régime public. Pour les médicaments apparaissant sur le formulaire de la RAMQ, les systèmes des assureurs traitent généralement ces réclamations selon les règles de la RAMQ.

Nouvelles sur les médicaments

Début des consultations sur un programme national d'assurance-médicaments

Dans son budget de 2018, le gouvernement fédéral avait annoncé la création du Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments (le Conseil) et la tenue de consultations sur la mise en place d'un programme national d'assurance-médicaments. Le 20 juin 2018, le gouvernement

fédéral a publié *Vers la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments* (le document de consultation). Le document de consultation « constitue le point de départ du dialogue du Conseil avec les Canadiens relativement à la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments au Canada ».

Contrairement à d'autres pays offrant un régime universel de soins de santé, le Canada ne couvre pas les médicaments sur ordonnance utilisés ailleurs que dans les hôpitaux dans le cadre de l'assurance de base – la protection de médicaments sur ordonnance est assurée par un ensemble disparate de plus de 100 régimes d'assurance publics et 100 000 régimes d'assurance privés. Le document de consultation note que toutes les études importantes sur le système de soins de santé canadien au cours des 50 dernières années ont conclu que l'absence de régime d'assurance pour les médicaments d'ordonnance constitue un problème majeur, et le rapport déposé récemment par le Comité permanent de la santé (le comité) obtient la même conclusion. Le *rapport du comité*, publié en avril 2018, contenait 18 recommandations, dont celle que le gouvernement du Canada travaille en collaboration avec les provinces et les territoires, les fournisseurs de soins de santé, les patients et les représentants des collectivités autochtones en vue de l'élaboration d'un formulaire pharmaceutique national commun. Le rapport recommande également que le gouvernement fédéral modifie la *Loi canadienne sur la santé* afin d'inclure les médicaments sur ordonnance dans la définition de « services de santé assurés » de la LCS.

Le document de consultation sollicite des commentaires sur les aspects clés suivants de tout régime national d'assurance-médicaments proposé :

- *Qui sera couvert, et dans quelles circonstances?* La couverture peut être universelle, en fonction du revenu, ou déterminée selon une autre approche. Le régime pourrait être dispensé par un régime public, par une combinaison de régimes publics et privés, ou par une autre approche.
- *Quels médicaments devraient être couverts?* Le régime pourrait offrir une couverture de base, couvrant les médicaments essentiels ou les médicaments les plus souvent prescrits, une protection complète plus généreuse, ou d'autres options proposées par les intervenants. La liste des médicaments couverts pourrait être uniforme ou varier entre les provinces et les territoires.
- *Qui devrait payer pour le programme?* Les options de financement comprennent le paiement d'une quote-part ou d'une franchise par les patients, et des cotisations des employeurs à un régime public ou privé.

Répercussions : La consultation, qui accepte les commentaires jusqu'au 28 septembre 2018, est la première étape d'un long processus vers l'adoption possible d'un programme national d'assurance-médicaments. Outre la consultation, le Conseil tiendra des rencontres avec les provinces, les territoires et les leaders autochtones pour recueillir leurs commentaires. Ces discussions, de même que les commentaires sur le document de consultation, formeront la base du rapport que le Conseil présentera aux ministres fédéraux de la Santé et des Finances, quelque part en 2019. Les répercussions d'un programme national d'assurance-médicaments pour les employeurs et autres promoteurs de régimes d'avantages sociaux dépendront largement des éléments clés présentés ci-dessus. *ActualitéAC* continuera de suivre l'évolution de la situation et d'en faire rapport à mesure que des renseignements supplémentaires seront divulgués.

Recherche

Un rapport du CEPMB se penche sur les tendances en matière de médicaments de spécialité à prix élevé au Canada et sur les marchés internationaux

Publié en juin 2018, un nouveau rapport du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) constate que le prix des médicaments de spécialité à prix élevé continue de dominer le paysage des nouveaux médicaments au Canada. La plus récente version de la [*Veille des médicaments mis en marché*](#) fait le point sur les nouveaux médicaments lancés au Canada et sur les marchés internationaux en 2015 et 2016, en analyse la disponibilité, le prix et les ventes, et compare ces lancements aux tendances en matière de lancement de nouveaux médicaments entre 2009 et 2014.

Voici quelques points saillants du rapport :

- depuis 2009, de nouveaux médicaments importants ont été lancés; les ventes de ceux-ci ont représenté près du quart des ventes de médicaments de marque au Canada en 2016;
- entre 2009 et 2015, le Canada a lancé plus de nouveaux médicaments que la plupart des autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), mais moins que l'ensemble des pays de comparaison du CEPMB, dont plusieurs ont des prix de médicaments brevetés moyens plus bas;
- en 2015, la mise en marché d'un plus petit nombre de médicaments a été autorisée au Canada qu'aux États-Unis et en Europe. Le Canada a tout de même fait bonne figure au chapitre des ventes. Ces médicaments ont représenté 80 % des ventes totales de nouveaux médicaments dans les pays membres de l'OCDE, ce qui donne à penser que les médicaments les plus vendus ont été approuvés au Canada;
- les médicaments orphelins (développés spécifiquement pour traiter un problème médical rare) représentaient 54 % des nouveaux médicaments commercialisés en 2015, et une proportion moindre, mais quand même significative de 42 % en 2016. Il s'agit d'une augmentation marquée par rapport à la moyenne de 33 % entre 2009 et 2014;
- les médicaments oncologiques et les antiviraux contre le VIH comptaient ensemble pour environ 65 % des ventes de nouveaux médicaments vendus au Canada et dans le CEPMB7 au dernier trimestre de 2016, avec 35 % des ventes pour les médicaments anticancéreux et 32 % pour les antiviraux;
- par rapport à la moyenne, un plus grand nombre de nouveaux médicaments ont été lancés en 2015, dont beaucoup de médicaments de spécialité à prix élevé. Parmi les 41 nouveaux médicaments lancés en 2015, 35 % étaient des médicaments anticancéreux dont le prix dépassait 5 000 \$ pour un traitement de 28 jours, et 30 % étaient des médicaments non anticancéreux coûtant plus de 10 000 \$ par année.

Bien que 2016 ait été une année moins active pour le lancement de nouveaux médicaments, alors que 31 nouveaux médicaments ont été approuvés par la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis, l'Agence européenne des médicaments (EMA) et/ou Santé Canada, 13 de ces médicaments (près de 50 %) ont reçu la désignation de médicament orphelin et cinq étaient des médicaments oncologiques.

Répercussions : Les régimes d'avantages sociaux privés restent soumis à des pressions substantielles du fait de la hausse des coûts des médicaments, en raison notamment de la prévalence croissante des médicaments de spécialité à prix élevé. Les développements dans ce domaine peuvent être très favorables aux participants des régimes, et les promoteurs de régime devraient examiner régulièrement la conception et les approches de gestion de leurs régimes afin de s'assurer qu'ils pourront continuer d'offrir une assurance médicaments sur ordonnance de grande valeur d'une manière durable.

Ce bulletin a été préparé par l'équipe de rédaction d'*ActualitéAC* à des fins d'information générale seulement et ne constitue pas un conseil professionnel. L'équipe de rédaction est présentement formée de [Karen DeBortoli](#), [Andrew Tsoi-A-Sue](#), [Ellen Whelan](#), [Charlene Milton](#), [Karen Gleeson](#), [Alyssa Hodder](#), [Philippe Laplante](#) et [Nick Gubbay](#). Tous les numéros d'*ActualitéAC* (*GroupNews*) sont disponibles sur eckler.ca.