



Cadre stratégique de la Politique relative au régime d'assurance- maladie supplémentaire

DOCUMENT DE DISCUSSION

AOÛT | 2022

Table des matières

Objectif.....	4
Résumé général.....	5
Politique actuelle	5
Pourquoi faut-il modifier la politique?	5
Proposed Elements of a new Supplementary Health Benefit Policy Framework.....	6
Fonctionnement de l'examen des revenus.....	7
Introduction.....	8
Aperçu des prestations d'assurance-maladie supplémentaire au Canada	9
Élaboration d'un nouveau cadre stratégique pour le régime d'assurance-maladie supplémentaire	11
Éléments proposés d'un nouveau cadre stratégique pour le régime d'assurance-maladie supplémentaire.....	12
1. Proposition de deux nouveaux volets du régime.....	12
2. Modèle fondé sur le revenu.....	14
3. Mécanismes de partage des coûts.....	18
Annexe A : Autres options de seuil pour la participation aux coûts.....	22
Seuil B : Seuil de base de 32 601 \$ avec seuils rajustés de 6 000 \$ pour les personnes à charge	22
Seuil C : Seuil de base de 36 925 \$ avec seuils rajustés de 6 000 \$ pour les personnes à charge	23
Seuil D : Seuil de base de 36 925 \$ avec seuils rajustés de 9 451 \$ pour les personnes à charge	24
Annexe B : Autres modèles de participation aux coûts envisagés	26
Modèle de coassurance pur	26
Modèle de prime	28

Objectif

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) cherche à obtenir la rétroaction des intervenants et du public à propos des éléments clés proposés qui permettront d'élaborer un nouveau cadre stratégique pour le régime d'assurance-maladie supplémentaire et de nouveaux régimes connexes.

Tous les commentaires sont les bienvenus et peuvent être soumis jusqu'au 23 novembre 2022 au plus tard.

À l'attention de :

Politiques, législation et communications

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

C. P. 1320

Yellowknife NT X1A 2L9

Courriel : shb_feedback@gov.nt.ca

Télécopieur : 867-873-0204

Le document de discussion suivant décrit les changements proposés à la politique. Les éléments clés proposés tiennent compte des approches actuelles en matière de régimes d'assurance-maladie supplémentaires dans tout le Canada, tout en tenant compte des réalités socioéconomiques des Territoires du Nord-Ouest.

Le Ministère vous encourage à lire le document de discussion et la foire aux questions à titre d'information.

N'hésitez pas à nous faire part de ce que vous en pensez et à communiquer avec nous si vous avez des questions.

Résumé général

Politique actuelle

L'actuelle Politique relative au régime d'assurance-maladie complémentaire donne aux résidents des TNO admissibles un accès à des produits et services (prestations d'assurance-maladie supplémentaire) qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie des TNO.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux administre deux programmes dans le cadre de la politique. Le régime d'assurance-maladie complémentaire pour maladies spécifiques offre des prestations pour les médicaments sur ordonnance et, dans certains cas, une couverture des déplacements pour raisons médicales, aux résidents admissibles atteints d'une maladie figurant dans la politique. Le régime d'assurance-maladie complémentaire pour les personnes âgées offre aux résidents de 60 ans et plus une couverture complète pour les médicaments sur ordonnance, les lunettes, les soins dentaires, les fournitures et équipements médicaux et les déplacements pour raisons médicales admissibles.

Pourquoi faut-il modifier la politique?

La Politique relative au régime d'assurance-maladie complémentaire a peu changé au cours des 34 dernières années et ne répond plus aux objectifs de justice et d'équité d'un programme de prestations financé par l'État. On estime que 2 200 Ténéois n'ont pas accès à des prestations comme celles auxquelles la plupart des résidents ont accès par l'intermédiaire des régimes d'assurance de l'employeur ou du gouvernement. Le ministère de la Santé et des Services sociaux propose d'apporter des changements à la Politique afin que *tous* les résidents qui ont besoin de prestations de santé puissent en recevoir.

Ces changements proposés sont le point de départ d'une discussion publique visant à trouver des idées pour améliorer les programmes d'assurance-maladie existants du GTNO.

Pour l'instant, l'examen ne porte pas sur les prestations destinées aux personnes âgées des TNO. Celles-ci demeurent inchangées.

Les prestations existantes pour les résidents autochtones en vertu des programmes fédéraux de services de santé non assurés et du Régime d'assurance-maladie pour les Métis du GTNO restent également en place et ne font pas partie de cette discussion.

Proposed Elements of a new Supplementary Health Benefit Policy Framework

L'un des changements majeurs proposés consiste à passer à un modèle fondé sur le revenu pour déterminer qui a droit aux prestations d'assurance-maladie supplémentaire. Cela signifie que les personnes ou les familles dont le revenu est inférieur à un certain montant et qui n'ont pas d'autre assurance seraient automatiquement admissibles aux prestations d'assurance-maladie et d'assurance-médicaments.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a fait des recherches sur d'autres politiques provinciales et territoriales au Canada, puis a rédigé un cadre pour une nouvelle Politique relative au régime d'assurance-maladie supplémentaire des TNO. Ce cadre propose deux nouveaux programmes : un régime d'assurance-maladie supplémentaire et un régime d'assurance-médicaments.

Régime d'assurance-maladie supplémentaire

Les résidents à faible revenu sans assurance bénéficieraient d'une couverture pour les services et traitements dentaires de base, les fournitures et les équipements médicaux tels que les appareils auditifs et les déambulateurs, ainsi que les lunettes sur ordonnance.

Régime d'assurance-médicaments

Les résidents à faible revenu admissibles au régime d'assurance-maladie supplémentaire seraient admissibles au régime d'assurance-médicaments, couvrant le coût de leurs médicaments sur ordonnance. Par ailleurs, les résidents couverts par le régime d'assurance-médicaments de leur employeur ou d'un fournisseur tiers pourraient également en bénéficier. Si le coût de leurs médicaments est élevé, une fois leur couverture d'assurance épuisée, ces résidents pourraient demander une aide au titre du régime d'assurance-médicaments. La participation aux coûts et les niveaux de couverture seraient déterminés en fonction de leur revenu.

L'avantage d'un régime d'assurance-médicaments distinct est que les prestations au titre de ce régime seraient accessibles à tous les résidents, ce qui réduirait les coûts potentiellement catastrophiques des médicaments pour les individus et les familles.

Le fait d'offrir les deux types de prestations aux résidents qui n'y ont pas accès à l'heure actuelle contribuera à améliorer la santé globale et, en fin de compte, à réduire les pressions financières exercées sur les services de soins de courte durée au sein du système de santé.

Fonctionnement de l'examen des revenus

Les résidents qui souhaitent accéder à l'un ou l'autre de ces régimes devraient en faire la demande chaque année. L'évaluation des revenus serait basée sur la déclaration de revenus de l'Agence du revenu du Canada, émise après l'établissement de votre impôt sur le revenu personnel. Tous les membres d'un ménage familial devraient fournir leur déclaration de revenus.

Les résidents s'inscrivant au régime d'assurance-médicaments devraient prouver que les prestations de leur régime d'assurance ont été, ou seront, épuisées au cours du cycle annuel. L'évaluation du revenu tiendrait compte du coût des médicaments, de la couverture d'assurance et de la capacité de payer.

Les seuils de faible revenu aux TNO seraient basés sur le seuil de pauvreté officiel du Canada, comme établi par Statistique Canada. On parle de « mesures de la pauvreté fondées sur un panier de consommation ». Vous trouverez ci-dessous la mesure distincte établie pour le Nord, qui tient compte du coût élevé de la vie et d'autres facteurs spécifiques.

- 32 601 \$ représente le revenu annuel nécessaire pour atteindre un niveau de vie de base moyen dans toutes les régions des TNO;
- 36 925 \$ représente le revenu annuel nécessaire pour atteindre un niveau de vie de base dans la région la plus chère des TNO (le Sahtu);
- Un montant de 9 451 \$ par personne à charge (un enfant de moins de 19 ans) est ajouté au seuil de faible revenu de base.

Quel est le revenu de base juste et raisonnable à utiliser pour calculer qui est admissible à ce nouveau régime d'assurance-maladie supplémentaire? Quel montant devrait être versé par personne à charge? Quand le partage des coûts doit-il avoir lieu dans le cadre du régime d'assurance-médicaments? Ce sont là quelques-unes des questions auxquelles nous espérons que vous nous aiderez à répondre. Veuillez lire la suite pour plus de détails et de scénarios.

Introduction

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (le Ministère) souhaite savoir ce que les résidents des Territoires du Nord-Ouest (TNO) ont à dire sur les régimes d'assurance-maladie actuellement offerts en vertu de la *Politique 49.07 relative au régime d'assurance-maladie complémentaire* et comment ces régimes pourraient mieux soutenir les résidents dans le besoin. Le Ministère souhaite recueillir des commentaires afin d'orienter et de contribuer à l'élaboration du nouveau cadre stratégique pour le régime d'assurance-maladie supplémentaire.

Le Ministère s'efforce de moderniser les régimes publics d'assurance-maladie du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (GTNO) en entreprenant un examen visant à cerner et à combler les lacunes du modèle actuel et à s'assurer que les objectifs stratégiques de justice, d'équité et de viabilité financière sont pris en compte.

La Politique relative au régime d'assurance-maladie complémentaire donne aux résidents des TNO admissibles un accès à des produits et services qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie des TNO. Ce régime couvre les médicaments sur ordonnance, les lunettes, les soins dentaires ainsi que les fournitures et équipements médicaux.

Deux régimes sont actuellement administrés par le Ministère en vertu de la Politique relative au régime d'assurance-maladie complémentaire. L'un est destiné aux résidents admissibles atteints d'une *maladie spécifique* figurant à l'annexe 1 de la Politique relative au régime d'assurance-maladie complémentaire, et l'autre est destiné aux *personnes âgées de 60 ans et plus*. Le régime d'assurance-maladie pour maladies spécifiques offre des prestations pour les médicaments sur ordonnance et, dans certains cas, une couverture des déplacements pour raisons médicales, selon les maladies. Le régime d'assurance-maladie pour les personnes âgées offre une couverture complète pour les médicaments sur ordonnance, les lunettes, les soins dentaires, les fournitures et équipements médicaux et les déplacements pour raisons médicales admissibles.

La Politique relative au régime d'assurance-maladie complémentaire a peu changé au cours des 34 dernières années et ne répond plus aux objectifs d'un régime de prestations financé par l'État. Les régimes financés par l'État reposent sur des principes de justice et d'équité, offrant un filet de sécurité aux résidents dont les moyens financiers sont limités pour accéder aux produits et services. L'intention d'un régime d'assurance-maladie supplémentaire financé par l'État est d'assurer un accès équitable aux prestations qui amélioreront ou maintiendront la santé et qui entraîneront probablement une réduction des services de soins de courte durée plus coûteux fournis par le système de santé.

On estime à 2 200 le nombre de résidents des TNO couverts par la Politique relative au régime d'assurance-maladie complémentaire qui n'ont pas accès à des prestations comme

celles dont bénéficient la plupart des résidents par l'entremise du régime d'assurance de leur employeur ou du gouvernement.

Compte tenu de la complexité du sujet, il a été décidé dès le début du processus de révision que les modifications apportées aux prestations d'assurance-maladie supplémentaire seraient introduites progressivement.

*Pour l'instant, l'examen **ne comprend pas** de prestations destinées aux personnes âgées des TNO.*

*Les prestations existantes pour les résidents autochtones en vertu des programmes fédéraux des services de santé non assurés (SSNA) et du régime d'assurance-maladie pour les Métis du GTNO **ne font pas** partie de cette discussion.*

Aperçu des prestations d'assurance-maladie supplémentaire au Canada

Les résidents ont généralement accès à des prestations d'assurance-maladie supplémentaire dans le cadre de leur régime d'avantages sociaux en vertu d'une convention collective, par le biais de fournisseurs d'assurance privés ou de régimes publics d'assurance-maladie. Les régimes d'assurance-maladie supplémentaires fournissent une aide financière (couverture) pour compenser les coûts relatifs aux :

- **Soins dentaires** – services dentaires de base tels que les traitements préventifs et de restauration nécessaires au maintien d'une bonne santé buccodentaire. Il s'agit notamment des examens, des radiographies, des nettoyages, des extractions, de la pose de prothèses dentaires et du traitement au fluor ou des infections, des douleurs ou des maladies des gencives.
- **Lunettes** – lunettes de correction de la vue ou, dans certains cas, lentilles de contact.
- **Médicaments sur ordonnance** – médicaments de la liste des médicaments approuvés couverts par le régime public de la province ou du territoire.
- **Fournitures et équipements médicaux** – fournitures qui facilitent les activités de la vie quotidienne, y compris des articles tels que les prothèses auditives, les aides à la mobilité (cannes, béquilles, déambulateurs, fauteuils roulants, etc.), les prothèses, les fournitures pour stomisés, les orthèses (appareils orthopédiques, attelles, etc.), les fournitures pour diabétiques (aiguilles, écouvillons, moniteur de pression artérielle), les aides à l'incontinence, les suppléments nutritionnels, l'oxygène et les appareils respiratoires.

Aux TNO, les résidents ont accès à de nombreux régimes d'assurance gouvernementaux, notamment le programme des SSNA du gouvernement fédéral, le régime d'assurance-maladie pour les Métis du GTNO, les régimes parrainés par l'employeur qui sont négociés dans le cadre d'un processus de convention collective (employés du GTNO, enseignants, employés des mines), tout comme les résidents qui ont les moyens financiers de cotiser à des régimes d'assurance de tiers.

Plusieurs niveaux de régimes publics d'assurance-maladie (financés par le gouvernement provincial ou territorial) sont offerts au pays, généralement pour des groupes spécifiques, soit les résidents à faible revenu et leurs familles, les personnes âgées, les personnes handicapées, ou pour les personnes souffrant de maladies spécifiques. Les régimes publics d'assurance-maladie du GTNO offrent aux résidents admissibles les prestations les plus généreuses du pays; il existe toutefois d'importantes lacunes dans les politiques, notamment en ce qui concerne les principes d'équité, de justice et de viabilité financière.

Les régimes publics du Canada et ceux des fournisseurs d'assurance partagent certains éléments. En voici quelques exemples :

- **Critères d'admissibilité** – facteurs utilisés pour déterminer qui peut accéder à un régime.
- **Examen et seuil du revenu** – l'examen des revenus permet de déterminer les besoins financiers des résidents. Les seuils de revenu sont des niveaux de revenu familial utilisés pour déterminer les prestations auxquelles les résidents ont droit et le montant de la participation aux coûts requise, le cas échéant.
- **Payeur de dernier ressort** – lorsque d'autres régimes d'assurance sont disponibles, il faut les utiliser avant d'accéder aux prestations gouvernementales.
- **Partage des coûts** – élément commun à la plupart des programmes et régimes d'assurance-maladie, selon lequel la personne admissible paie une partie des coûts et le fournisseur, une autre partie. Le partage des coûts par paliers permet aux résidents qui ont une certaine capacité de payer les régimes d'assurance-maladie de le faire, tout en permettant aux résidents sans moyens, ou qui doivent assumer des coûts de médicaments extraordinaires, d'avoir accès à des prestations à faible coût ou gratuitement.
 - Les modèles de partage des coûts sont définis comme suit :
 - **Franchise** : montant à déboursier avant d'être admissible au régime d'assurance-médicaments;
 - **Quote-part** : frais fixes par ordonnance, par exemple 5 \$;

- **Montant de coassurance** : pourcentage du coût de la prescription, par exemple 30 %;
 - **Prime** : frais initiaux, mensuels ou trimestriels pour accéder au régime d'assurance-médicaments.
- **Prestations définies** – les services, équipements et traitements liés à la santé auxquels les résidents peuvent avoir droit dans le cadre du régime de prestations.

Élaboration d'un nouveau cadre stratégique pour le régime d'assurance-maladie supplémentaire

L'objectif du gouvernement en élaborant un nouveau cadre stratégique est de permettre aux résidents des TNO ayant des moyens financiers limités d'avoir accès à une série de prestations. Notamment, les prestations en question soutiennent et maintiennent un niveau de santé et de bien-être par le biais de pratiques de prévention et d'aide tout en fournissant un accès aux thérapies médicamenteuses nécessaires. Le fait d'offrir ces prestations aux résidents qui n'y ont pas accès actuellement contribuera à améliorer les résultats en matière de santé et, en fin de compte, à réduire les demandes financières pour des soins de courte durée.

L'objectif général des changements de politique proposés est de fournir un soutien aux résidents qui n'ont pas accès à des régimes d'assurance tiers (parrainés par l'employeur ou un programme des SSNA, par exemple), ou qui ont un obstacle financier à l'accès aux thérapies médicamenteuses nécessaires.

L'examen des éléments clés de la politique pour aller de l'avant avec une nouvelle politique et la conception du régime indique que plusieurs aspects de l'actuelle Politique relative au régime d'assurance-maladie complémentaire sont appropriés. Ils seront donc maintenus dans toute nouvelle version de la politique.

Payeur de dernier ressort – l'approche qui fait de la nouvelle politique le « payeur de dernier ressort » est partagée par tous les régimes d'assurance. Cette disposition vise à garantir que si d'autres régimes d'assurance sont disponibles, ces régimes doivent être utilisés en premier. Toute modification du régime d'assurance-maladie supplémentaire doit être viable sur le plan financier et ne pas être généreuse au point de dissuader les employeurs de modifier leur couverture ou de les inciter à la supprimer, ce qui augmenterait le fardeau du gouvernement.

Relation avec le Programme des services de santé non assurés (SSNA) du gouvernement fédéral – le GTNO a toujours harmonisé les régimes publics d'assurance-maladie supplémentaires financés par l'État (le régime d'assurance-maladie complémentaire et le régime d'assurance-maladie pour les Métis) au programme des SSNA du gouvernement fédéral. Cette décision a été prise par le GTNO afin d'établir un niveau d'équité parmi les résidents des GTNO, car de nombreux Ténos sont admissibles aux prestations d'un programme des SSNA. Pour l'instant, le gouvernement envisage de continuer à suivre le programme des SSNA.

Éléments proposés d'un nouveau cadre stratégique pour le régime d'assurance-maladie supplémentaire

De nouveaux éléments pour le cadre stratégique pour le régime d'assurance-maladie supplémentaire sont proposés afin de fournir un accès plus équitable aux prestations pour les résidents des TNO. Ces avantages seraient inclus dans un régime proposé qui crée deux volets et qui passe à un modèle fondé sur le revenu qui comprendra la mise en œuvre de seuils de revenu et de mécanismes de partage des coûts.

1. Proposition de deux nouveaux volets du régime

La création d'un nouveau volet de régime d'assurance-médicaments et d'un volet de régime d'assurance-maladie supplémentaire pour les personnes à faible revenu permettra d'atteindre l'objectif stratégique consistant à offrir aux résidents un accès équitable aux prestations, y compris de l'aide pour accéder aux médicaments à coût élevé.

Dans le cadre de la politique envisagée, les résidents admissibles qui gagnent moins qu'un niveau de revenu déterminé pourront avoir accès à la fois au régime d'assurance-maladie supplémentaire et au régime d'assurance-médicaments.

1.1. Régime d'assurance-maladie supplémentaire pour les personnes à faible revenu

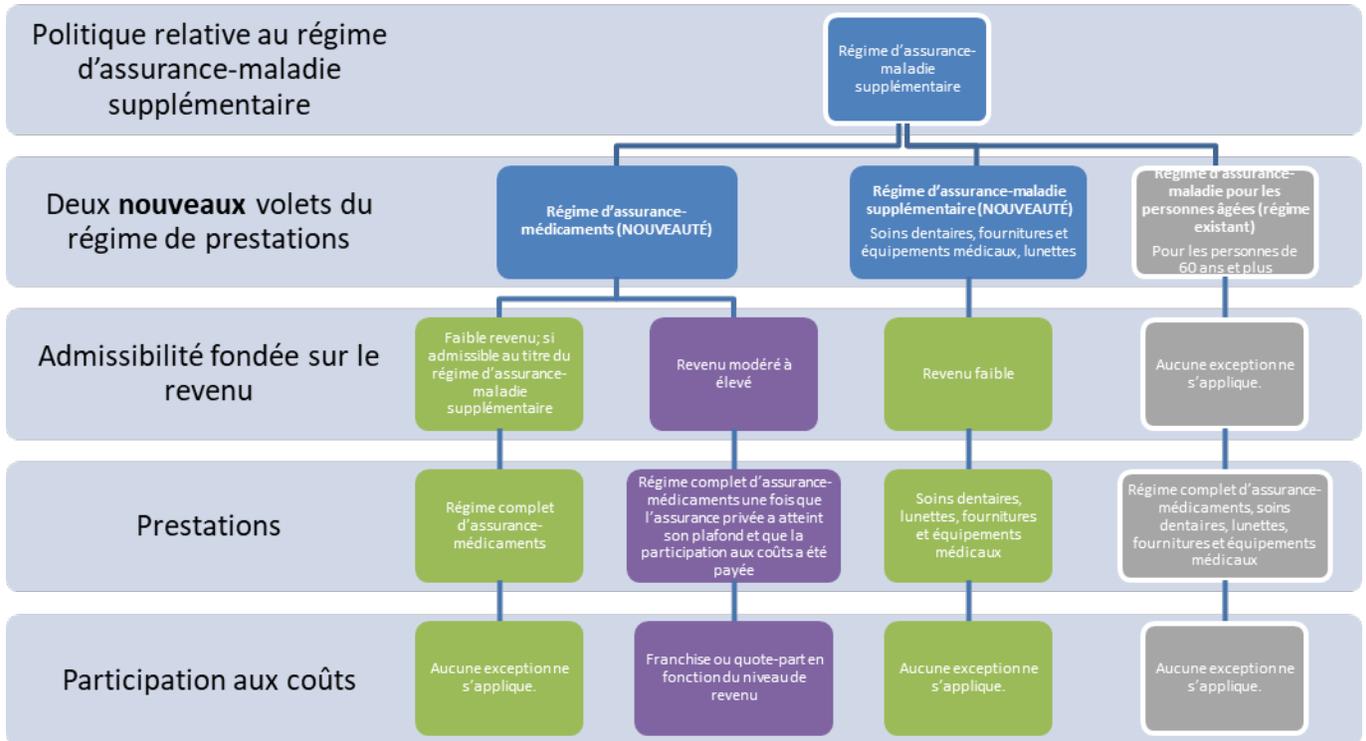
Le volet du régime d'assurance-maladie supplémentaire pour les personnes à faible revenu vise les résidents qui n'ont pas de régime d'avantages sociaux (assurance) parrainé par l'employeur ni les moyens financiers d'accéder à la série de prestations d'assurance-maladie supplémentaire non couvertes par le régime d'assurance-maladie des TNO.

1.2. Régime d'assurance-médicaments

Au-delà des niveaux de faible revenu établis et spécifiés, les résidents admissibles pourraient avoir accès à des prestations d'assurance-médicaments, une fois les montants de participation aux coûts établis payés.

Bien que les deux régimes seront fondés sur le revenu, une personne disposant d'une assurance parrainée par l'employeur ou ayant les moyens financiers de contracter une assurance tierce peut toujours être admissible à une aide pour le coût élevé des médicaments après épuisement de son régime d'assurance. L'avantage d'un régime d'assurance-médicaments distinct est que les prestations au titre de ce régime seraient accessibles à tous les résidents, ce qui réduirait les coûts potentiellement catastrophiques des médicaments pour les individus et les familles.

Tableau 1 : Modèle proposé pour deux volets du régime (le régime existant pour les personnes âgées est indiqué pour le contexte)



Principales caractéristiques du régime d'assurance-maladie supplémentaire proposé pour les résidents à faible revenu :

- Ce régime est destiné aux résidents qui ne bénéficient pas d'un régime d'assurance parrainé par l'employeur et qui atteignent les seuils de revenus selon une évaluation des revenus.

- Les prestations comprennent les soins dentaires, les fournitures et équipements médicaux et les lunettes.
- Ce régime n'offre pas de partage des coûts.

Principales caractéristiques du régime d'assurance-médicaments proposé :

- Les résidents admissibles au nouveau régime d'assurance-maladie supplémentaire seraient automatiquement admissibles au régime d'assurance-médicaments et aux prestations d'assurance-médicaments complètes.
- Les autres résidents peuvent accéder au régime d'assurance-médicaments du GTNO une fois que la couverture des médicaments par d'autres régimes d'assurance a été épuisée.
 - Le niveau de participation aux coûts est déterminé en fonction du niveau de revenu.

Les résidents qui n'atteignent pas le seuil de faible revenu (établi par les seuils de revenu) et qui n'ont pas d'assurance tierce parrainée par l'employeur seront encouragés à souscrire un régime d'assurance-médicaments de 3 000 \$ par an auprès d'un fournisseur. Les résidents ne seront pas admissibles au régime d'assurance-médicaments à moins qu'un régime d'assurance n'ait été épuisé.

2. Modèle fondé sur le revenu

La proposition de critères d'admissibilité fondés sur le revenu répond aux objectifs politiques d'accès équitable en réduisant les obstacles financiers à l'accès aux produits et services (thérapies médicamenteuses, soins dentaires, fournitures et équipements médicaux, et lunettes).

Le modèle fondé sur le revenu est le fondement de l'approche du filet de sécurité sociale pour les régimes financés par l'État. Ce modèle favorise un accès équitable et juste aux régimes d'assurance-maladie pour les résidents aux moyens financiers limités. Le niveau des prestations est censé être similaire à celui des résidents bénéficiant d'autres régimes de prestations ou disposant de moyens financiers, et l'on s'attend à ce que les résidents qui disposent des moyens financiers de payer le fassent.

Fonctionnement de l'examen des revenus :

- Les résidents qui souhaitent accéder au régime d'assurance-maladie supplémentaire ou au régime d'assurance-médicaments devront faire une demande chaque année. L'examen des revenus serait basé sur les revenus déclarés

à l'Agence du revenu du Canada (ARC) après l'établissement de l'impôt sur le revenu des particuliers.

- Si un ménage ou une famille fait l'objet d'une évaluation, toutes les déclarations de revenus seront requises pour accéder au régime.
- Les résidents qui font une demande au titre du régime d'assurance-médicaments devront prouver que les prestations d'assurance-médicaments prévues par leur régime d'assurance tiers ont été ou seront épuisées au cours du cycle annuel.
 - L'examen des revenus tient compte du coût des médicaments, de la couverture d'assurance et de la capacité à payer.

2.1. Établissement de seuils de revenus

L'établissement de seuils de revenus est une composante nécessaire d'un régime fondé sur le revenu. Les seuils de revenu déterminent l'admissibilité des utilisateurs du régime aux prestations, les exigences de partage des coûts et toute autre exigence de l'utilisateur selon sa tranche de revenu.

L'objectif stratégique consistant à fournir un accès équitable aux régimes et aux services est abordé par l'utilisation de seuils de revenu visant à établir l'admissibilité et garantir que les régimes sont accessibles de la manière la plus équitable possible. Les résidents qui ont une certaine capacité à souscrire une assurance-maladie sont soutenus dans une moindre mesure que les résidents aux ressources financières limitées.

Bien qu'il n'y a pas de seuil spécifique uniforme à l'échelle du pays, la pratique courante consiste à déterminer les seuils en fonction du contexte socioéconomique de la province ou du territoire. Les modèles d'examen de revenus proposés pour analyse reflètent les méthodes utilisées au Canada selon le contexte nordique, y compris les statistiques sur la population et le revenu du Bureau des statistiques des TNO, le coût de la vie et d'autres mesures du revenu.

La mesure du panier de consommation (MPC), établie par Statistique Canada, désigne la mesure du faible revenu, basée sur le coût d'un panier spécifique de biens et de services représentant un niveau de vie modeste et de base. La MPC est le seuil de pauvreté officiel du Canada. Les estimations de Statistique Canada pour les TNO utilisent la mesure du panier de consommation du Nord (MPC-N) qui tient compte des réalités socioéconomiques des TNO. Source :

<https://www.statsnwt.ca/prices-expenditures/market basket measure/>

Fonctionnement des seuils de revenus proposés :

- Les seuils de revenu sont basés sur une moyenne des mesures de faible revenu de la MPC-N.
- Les rajustements selon la taille de la famille sont basés sur la MPC-N par personne à charge.
- Les familles admissibles qui se situent en dessous des seuils établis ont accès aux prestations d'assurance-maladie supplémentaire et d'assurance-médicaments sans avoir à payer de montant de participation aux coûts.
- Les familles admissibles dont le revenu rajusté dépasse les seuils établis peuvent accéder aux régimes d'assurance-médicaments une fois que leur assurance est épuisée et que les montants de la participation aux coûts sont payés.

2.2. Seuils de faible revenu et rajustements familiaux

Il est proposé que les seuils de faible revenu aux TNO soient basés sur la MPC-N, avec des rajustements pour le nombre de personnes à charge dans une famille (revenu familial ajusté). S'il y a lieu, les revenus des deux conjoints seront évalués dans les calculs, déterminés par le revenu net indiqué dans la déclaration de revenus de l'ARC de l'année précédente.

Deux seuils de base de faible revenu sont proposés pour examen sur la base des seuils établis par la MPC-N :

- 32 601 \$ – revenu annuel nécessaire pour atteindre un niveau de vie de base moyen dans toutes les régions des TNO;
- 36 925 \$ – revenu annuel nécessaire pour atteindre un niveau de vie de base dans la région la plus chère des TNO (le Sahtu).

Il est courant dans d'autres provinces ou territoires de prendre en compte le nombre de personnes à charge dans une famille lors de l'examen du revenu, mais les approches en la matière sont peu cohérentes. Un taux fixe ajustable est recommandé pour simplifier le processus pour les utilisateurs du régime qui ont besoin de calculer leurs personnes à charge dans leur tranche de revenu. Dans ce cas, un certain montant par personne à charge est ajouté au seuil de base de faible revenu, pour déterminer le seuil familial rajusté.

Le tableau 2 présente les deux options proposées pour le rajustement des personnes à charge en fonction de deux options :

- **Option de taux fixe** – 6 000 \$ par personne à charge. Cette option est utilisée par le Régime d'assurance-médicaments du Manitoba et utilise 6 000 \$ par personne à charge comme équivalent approximatif des taux fixés par le gouvernement de l'Alberta pour ses programmes.
- **Option de la MPC-N** – 9 451 \$ par personne à charge, en utilisant le coût moyen d'une personne à charge aux TNO selon la MPC-N.

Par exemple, en utilisant le scénario du seuil de faible revenu de 32 601 \$ et un rajustement de 6 000 \$ par personne à charge, le seuil de revenu familial rajusté pour une famille de 5 personnes serait de 56 601 \$. Comparez ce chiffre à 70 405 \$ si le taux de la MPC-N de 9 451 \$ par personne à charge était utilisé.

Aux fins de la présente discussion, une famille est définie comme suit :

- Des adultes vivant dans un ménage plus la ou les personnes qui en dépendent légalement.
 - Une personne à charge est un enfant âgé de moins de 19 ans au moment de la demande au titre du régime de prestations.

Table 2: Example Scenarios of Income Thresholds by Family Size

Taille de la famille	Options de seuil de base	Options de rajustement ajoutées par personne à charge	Seuils de faibles revenus familiaux rajustés
Individus	\$32,601	Non applicable	\$32,601
	\$36,925	Non applicable	\$36,925
Famille de 2 personnes – deux adultes <u>ou</u> un seul adulte et un enfant	\$32,601	\$6,000	\$38,601
		\$9,451	\$42,052
	\$36,925	\$6,000	\$42,925
		\$9,451	\$46,376
Famille de 3 personnes – deux adultes et un enfant <u>ou</u> un seul adulte et deux enfants	\$32,601	\$6,000	\$44,601
		\$9,451	\$51,503
	\$36,925	\$6,000	\$48,925
		\$9,451	\$55,827
Famille de 4 personnes – deux adultes et deux enfants <u>ou</u> un adulte et trois enfants	\$32,601	\$6,000	\$50,601
		\$9,451	\$60,954
	\$36,925	\$6,000	\$54,925
		\$9,451	\$65,278

Taille de la famille	Options de seuil de base	Options de rajustement ajoutées par personne à charge	Seuils de faibles revenus familiaux rajustés
Famille de 5 personnes – deux adultes et trois enfants <u>ou</u> un seul adulte et quatre enfants	\$32,601	\$6,000	\$56,601
		\$9,451	\$70,405
	\$36,925	\$6,000	\$60,925
		\$9,451	\$74,729
Famille de 6 personnes – deux adultes et quatre enfants <u>ou</u> un seul adulte et cinq enfants	\$32,601	\$6,000	\$62,601
		\$9,451	\$79,856
	\$36,925	\$6,000	\$66,925
		\$9,451	\$84,180

3. Mécanismes de partage des coûts

Le partage des coûts est un élément lié à l'objectif stratégique d'accès équitable, d'équité et de viabilité financière. Il est courant dans la plupart des programmes et régimes d'assurance-maladie que la personne admissible paie une partie du coût et que le fournisseur paie une autre partie. Le partage des coûts s'effectue le plus souvent par le biais de **modèles de franchise, de quote-part, de co-assurance ou de prime** ou de modèles hybrides.

Voici quelques exemples de modèles de partage des coûts :

- **Franchise** – montant direct à déboursier avant d'être admissible au régime d'assurance-médicaments;
- **Quote-part** – frais fixes par ordonnance (par exemple 5 \$ à chaque fois qu'une ordonnance est remplie);
- **Montant de la coassurance** – pourcentage du coût de l'ordonnance (par exemple, le fournisseur ou le régime d'assurance paie 70 % et l'utilisateur paie 30 %);
- **Prime** – frais initiaux, mensuels ou trimestriels pour accéder au régime d'assurance-médicaments.

Le partage des coûts n'est pas un concept nouveau pour les résidents des TNO; la quote-part est utilisée avec le programme de déplacements pour raisons médicales des TNO. L'introduction d'un mécanisme de partage des coûts pour le nouveau régime d'assurance-

médicaments doit trouver un équilibre entre la réduction des obstacles financiers et la nécessité de faire contribuer les résidents lorsqu'ils en ont les moyens.

Le partage des coûts ne s'appliquera au régime d'assurance-médicaments que lorsque les résidents admissibles auront épuisé les autres régimes d'assurance.

3.1. Modèle de partage des coûts avec franchise et coassurance

Compte tenu des objectifs stratégiques, le mécanisme de partage des coûts qui représente le mieux les objectifs d'équité, de justice et de viabilité financière est un modèle hybride qui comprend à la fois une franchise et un montant de coassurance.

Il s'agit du modèle le plus utilisé par les autres provinces et territoires du pays pour leurs régimes d'assurance-médicaments. Il permet en outre de pallier les franchises trop lourdes qui empêchent certains utilisateurs d'avoir accès aux prestations d'assurance-médicaments ou d'atteindre leur plafond.

L'existence d'un mécanisme de partage des coûts mixtes de franchise et de coassurance garantit le paiement des frais, mais n'empêche pas les utilisateurs du régime d'avoir accès aux aides, ce qui permet de répartir le partage des coûts sur une plus longue période. De plus, le fait d'avoir un seuil maximum pour les familles permettra de réduire le fardeau financier, éliminant ainsi les coûts potentiellement catastrophiques des médicaments pour tous les résidents des TNO.

Le modèle hybride de franchise et de coassurance pour le régime d'assurance-médicaments envisagé utilise le seuil de base moyen de la MPC-N de 32 601 \$ et de 9 451 \$ pour chaque personne à charge supplémentaire.

Reportez-vous au Tableau 3 pour en savoir plus sur les niveaux de partage des coûts du modèle de franchise et de coassurance par revenu familial avec ces chiffres. Ce modèle utilise les niveaux de revenu pour établir le montant de coassurance, avec une augmentation progressive de la franchise basée sur 4 % du revenu, et s'inspire du régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique.

Fonctionnement du partage des coûts pour les résidents selon leur revenu :

- **Revenu inférieur au seuil de faible revenu familial rajusté** – aucun de partage des coûts, accès immédiat au régime.
- **Revenu faible-moderé** – paiement d'une coassurance par ordonnance de 30 %, jusqu'à un montant maximum par famille, avec accès immédiat au régime.

- **Revenu modéré à élevé** – les personnes et les familles doivent payer la totalité du coût des ordonnances jusqu'à ce que la franchise soit atteinte. Une fois la franchise atteinte, elles paieraient alors une coassurance de 30 % des frais d'ordonnance jusqu'à ce que les plafonds familiaux soient atteints.
- **Revenu élevé** – les personnes et les familles qui se situent au-dessus du seuil de revenu élevé, compte tenu des rajustements pour la taille de la famille, seraient tenues de payer une franchise de 4 % de leur revenu avant de pouvoir bénéficier d'une couverture complète dans le cadre du régime d'assurance-médicaments.

Une fois les plafonds familiaux atteints dans tous les niveaux de revenu, le régime d'assurance-médicaments paierait 100 % des coûts des médicaments admissibles.

Le tableau 3 détaille les chiffres proposés sur la base des seuils moyens de la MPC-N aux TNO (32 601 \$) et du rajustement par personne à charge de 9 451 \$. Voir l'**annexe A** pour les tableaux indiquant les autres options de seuils.

Tableau 3 : Seuil A : Modèle proposé de participation aux coûts de la franchise et de la coassurance avec seuils familiaux

Seuils de revenu de base	Famille de 2 personnes	Famille de 3 personnes	Famille de 4 personnes	Famille de 5 personnes	Famille de 6 personnes	Franchise familiale	Coassurance de 70:30	Maximum par famille
32 601,01 \$	42 052,01 \$	51 503,01 \$	60 954,01 \$	70 405,01 \$	79 856,01 \$	– \$		– \$
34 638,57 \$	44 089,57 \$	53 540,57 \$	62 991,57 \$	72 442,57 \$	81 893,57 \$	– \$	Le régime paie 70 %	240,00 \$
36 803,48 \$	46 254,48 \$	55 705,48 \$	65 156,48 \$	74 607,48 \$	84 058,48 \$	– \$		400,00 \$
39 103,70 \$	48 554,70 \$	58 005,70 \$	67 456,70 \$	76 907,70 \$	86 358,70 \$	– \$		600,00 \$
41 547,68 \$	50 998,68 \$	60 449,68 \$	69 900,68 \$	79 351,68 \$	88 802,68 \$	– \$		750,00 \$
44 144,41 \$	53 595,41 \$	63 046,41 \$	72 497,41 \$	81 948,41 \$	91 399,41 \$	– \$		850,00 \$
46 903,44 \$	56 354,44 \$	65 805,44 \$	75 256,44 \$	84 707,44 \$	94 158,44 \$	– \$		1 000,00 \$
49 834,90 \$	59 285,90 \$	68 736,90 \$	78 187,90 \$	87 638,90 \$	97 089,90 \$	– \$		1 150,00 \$
52 949,59 \$	62 400,59 \$	71 851,59 \$	81 302,59 \$	90 753,59 \$	100 204,59 \$	– \$		1 300,00 \$
56 258,93 \$	65 709,93 \$	75 160,93 \$	84 611,93 \$	94 062,93 \$	103 513,93 \$	800,00 \$		1 400,00 \$
59 775,12 \$	69 226,12 \$	78 677,12 \$	88 128,12 \$	97 579,12 \$	107 030,12 \$	900,00 \$		1 600,00 \$
63 511,06 \$	72 962,06 \$	82 413,06 \$	91 864,06 \$	101 315,06 \$	110 766,06 \$	1 000,00 \$	L'utilisateur paie 30 %	1 800,00 \$
67 480,50 \$	76 931,50 \$	86 382,50 \$	95 833,50 \$	105 284,50 \$	114 735,50 \$	1 100,00 \$		2 000,00 \$
71 698,04 \$	81 149,04 \$	90 600,04 \$	100 051,04 \$	109 502,04 \$	118 953,04 \$	1 300,00 \$		2 150,00 \$
76 179,16 \$	85 630,16 \$	95 081,16 \$	104 532,16 \$	113 983,16 \$	123 434,16 \$	1 500,00 \$		2 300,00 \$
80 940,36 \$	90 391,36 \$	99 842,36 \$	109 293,36 \$	118 744,36 \$	128 195,36 \$	1 700,00 \$		2 500,00 \$
85 999,13 \$	95 450,13 \$	104 901,13 \$	114 352,13 \$	123 803,13 \$	133 254,13 \$	1 900,00 \$		2 700,00 \$
91 374,08 \$	100 825,08 \$	110 276,08 \$	119 727,08 \$	129 178,08 \$	138 629,08 \$	2 100,00 \$		2 900,00 \$
97 084,96 \$	106 535,96 \$	115 986,96 \$	125 437,96 \$	134 888,96 \$	144 339,96 \$	2 300,00 \$		3 100,00 \$
103 152,77 \$	112 603,77 \$	122 054,77 \$	131 505,77 \$	140 956,77 \$	150 407,77 \$	2 500,00 \$		3 300,00 \$
109 599,82 \$	119 050,82 \$	128 501,82 \$	137 952,82 \$	147 403,82 \$	156 854,82 \$	2 700,00 \$		3 600,00 \$
116 449,81 \$	125 900,81 \$	135 351,81 \$	144 802,81 \$	154 253,81 \$	163 704,81 \$	2 900,00 \$	3 850,00 \$	
123 727,92 \$	133 178,92 \$	142 629,92 \$	152 080,92 \$	161 531,92 \$	170 982,92 \$	3 100,00 \$	4 200,00 \$	
131 460,91 \$	140 911,91 \$	150 362,91 \$	159 813,91 \$	169 264,91 \$	178 715,91 \$	3 400,00 \$	4 500,00 \$	
139 677,22 \$	149 128,22 \$	158 579,22 \$	168 030,22 \$	177 481,22 \$	186 932,22 \$	3 700,00 \$	4 900,00 \$	

Seuils de revenu de base	Famille de 2 personnes	Famille de 3 personnes	Famille de 4 personnes	Famille de 5 personnes	Famille de 6 personnes	Franchise familiale	Coassurance de 70:30	Maximum par famille
148 407,05 \$	157 858,05 \$	167 309,05 \$	176 760,05 \$	186 211,05 \$	195 662,05 \$	4 100,00 \$		5 600,00 \$
157 682,49 \$	167 133,49 \$	176 584,49 \$	186 035,49 \$	195 486,49 \$	204 937,49 \$	4 600,00 \$		6 200,00 \$
> 157 682,49 \$						Franchise variable		4 % du revenu net

Par rapport au modèle de franchise ou de coassurance, le modèle de coassurance pure et le modèle de prime manquent tous deux des éléments qui assurent l'équité et la viabilité financière. Ces mécanismes de participation aux coûts se trouvent dans l'**annexe B** à des fins de comparaison.

Nous vous remercions de votre intérêt et de vos commentaires au sujet de ces travaux. Vos contributions seront incluses dans un résumé de *ce que nous avons entendu*, qui sera mis à la disposition du public et pris en compte dans l'élaboration de la nouvelle Politique relative au régime d'assurance-maladie supplémentaire et des nouveaux régimes connexes.

Annexe A : Autres options de seuil pour la participation aux coûts

Les tableaux suivants modélisent les trois autres options pour les seuils de revenu :

- Tableau B : Seuil de base de 32 601 \$ avec seuils rajustés de 6 000 \$ pour les personnes à charge
- Tableau C : Seuil de base de 36 925 \$ avec seuils rajustés de 6 000 \$ pour les personnes à charge
- Tableau D : Seuil de base de 36 925 \$ avec seuils rajustés de 9 451 \$ pour les personnes à charge

Chacune de ces options de seuil de revenu pourrait être utilisée dans tout modèle de participation aux coûts choisis. Les modèles changent simplement la façon dont les utilisateurs du régime paient leurs frais de participation aux coûts.

Seuil B : Seuil de base de 32 601 \$ avec seuils rajustés de 6 000 \$ pour les personnes à charge

Seuils de revenu de base	Famille de 2 personnes	Famille de 3 personnes	Famille de 4 personnes	Famille de 5 personnes	Famille de 6 personnes	Franchise familiale	Coassurance de 70:30	Maximum par famille
32 601,01 \$	38 601,01 \$	44 601,01 \$	50 601,01 \$	56 601,01 \$	62 601,01 \$	– \$		– \$
34 638,57 \$	40 638,57 \$	46 638,57 \$	52 638,57 \$	58 638,57 \$	64 638,57 \$	– \$		240,00 \$
36 803,48 \$	42 803,48 \$	48 803,48 \$	54 803,48 \$	60 803,48 \$	66 803,48 \$	– \$		400,00 \$
39 103,70 \$	45 103,70 \$	51 103,70 \$	57 103,70 \$	63 103,70 \$	69 103,70 \$	– \$		600,00 \$
41 547,68 \$	47 547,68 \$	53 547,68 \$	59 547,68 \$	65 547,68 \$	71 547,68 \$	– \$		750,00 \$
44 144,41 \$	50 144,41 \$	56 144,41 \$	62 144,41 \$	68 144,41 \$	74 144,41 \$	– \$		850,00 \$
46 903,44 \$	52 903,44 \$	58 903,44 \$	64 903,44 \$	70 903,44 \$	76 903,44 \$	– \$		1 000,00 \$
49 834,90 \$	55 834,90 \$	61 834,90 \$	67 834,90 \$	73 834,90 \$	79 834,90 \$	– \$		1 150,00 \$
52 949,59 \$	58 949,59 \$	64 949,59 \$	70 949,59 \$	76 949,59 \$	82 949,59 \$	– \$		1 300,00 \$
56 258,93 \$	62 258,93 \$	68 258,93 \$	74 258,93 \$	80 258,93 \$	86 258,93 \$	800,00 \$		1 400,00 \$
59 775,12 \$	65 775,12 \$	71 775,12 \$	77 775,12 \$	83 775,12 \$	89 775,12 \$	900,00 \$		1 600,00 \$
63 511,06 \$	69 511,06 \$	75 511,06 \$	81 511,06 \$	87 511,06 \$	93 511,06 \$	1 000,00 \$		1 800,00 \$

Seuils de revenu de base	Famille de 2 personnes	Famille de 3 personnes	Famille de 4 personnes	Famille de 5 personnes	Famille de 6 personnes	Franchise familiale	Coassurance de 70:30	Maximum par famille
67 480,50 \$	73 480,50 \$	79 480,50 \$	85 480,50 \$	91 480,50 \$	97 480,50 \$	1 100,00 \$		2 000,00 \$
71 698,04 \$	77 698,04 \$	83 698,04 \$	89 698,04 \$	95 698,04 \$	101 698,04 \$	1 300,00 \$		2 150,00 \$
76 179,16 \$	82 179,16 \$	88 179,16 \$	94 179,16 \$	100 179,16 \$	106 179,16 \$	1 500,00 \$		2 300,00 \$
80 940,36 \$	86 940,36 \$	92 940,36 \$	98 940,36 \$	104 940,36 \$	110 940,36 \$	1 700,00 \$		2 500,00 \$
85 999,13 \$	91 999,13 \$	97 999,13 \$	103 999,13 \$	109 999,13 \$	115 999,13 \$	1 900,00 \$		2 700,00 \$
91 374,08 \$	97 374,08 \$	103 374,08 \$	109 374,08 \$	115 374,08 \$	121 374,08 \$	2 100,00 \$		2 900,00 \$
97 084,96 \$	103 084,96 \$	109 084,96 \$	115 084,96 \$	121 084,96 \$	127 084,96 \$	2 300,00 \$		3 100,00 \$
103 152,77 \$	109 152,77 \$	115 152,77 \$	121 152,77 \$	127 152,77 \$	133 152,77 \$	2 500,00 \$		3 300,00 \$
109 599,82 \$	115 599,82 \$	121 599,82 \$	127 599,82 \$	133 599,82 \$	139 599,82 \$	2 700,00 \$		3 600,00 \$
116 449,81 \$	122 449,81 \$	128 449,81 \$	134 449,81 \$	140 449,81 \$	146 449,81 \$	2 900,00 \$		3 850,00 \$
123 727,92 \$	129 727,92 \$	135 727,92 \$	141 727,92 \$	147 727,92 \$	153 727,92 \$	3 100,00 \$		4 200,00 \$
131 460,91 \$	137 460,91 \$	143 460,91 \$	149 460,91 \$	155 460,91 \$	161 460,91 \$	3 400,00 \$		4 500,00 \$
139 677,22 \$	145 677,22 \$	151 677,22 \$	157 677,22 \$	163 677,22 \$	169 677,22 \$	3 700,00 \$		4 900,00 \$
148 407,05 \$	154 407,05 \$	160 407,05 \$	166 407,05 \$	172 407,05 \$	178 407,05 \$	4 100,00 \$		5 600,00 \$
157 682,49 \$	163 682,49 \$	169 682,49 \$	175 682,49 \$	181 682,49 \$	187 682,49 \$	4 600,00 \$		6 200,00 \$
> 157 682,49 \$						Franchise variable		4 % du revenu net

Seuil C : Seuil de base de 36 925 \$ avec seuils rajustés de 6 000 \$ pour les personnes à charge

Seuils de revenu de base	Famille de 2 personnes	Famille de 3 personnes	Famille de 4 personnes	Famille de 5 personnes	Famille de 6 personnes	Franchise familiale	Coassurance de 70:30	Maximum par famille
36 925,00 \$	42 925,00 \$	48 925,00 \$	54 925,00 \$	60 925,00 \$	66 925,00 \$	– \$		– \$
39 232,81 \$	45 232,81 \$	51 232,81 \$	57 232,81 \$	63 232,81 \$	69 232,81 \$	– \$		240,00 \$
41 684,86 \$	47 684,86 \$	53 684,86 \$	59 684,86 \$	65 684,86 \$	71 684,86 \$	– \$		400,00 \$
44 290,17 \$	50 290,17 \$	56 290,17 \$	62 290,17 \$	68 290,17 \$	74 290,17 \$	– \$		600,00 \$
47 058,30 \$	53 058,30 \$	59 058,30 \$	65 058,30 \$	71 058,30 \$	77 058,30 \$	– \$		750,00 \$

49 999,45 \$	55 999,45 \$	61 999,45 \$	67 999,45 \$	73 999,45 \$	79 999,45 \$	– \$		850,00 \$
53 124,41 \$	59 124,41 \$	65 124,41 \$	71 124,41 \$	77 124,41 \$	83 124,41 \$	– \$		1 000,00 \$
56 444,69 \$	62 444,69 \$	68 444,69 \$	74 444,69 \$	80 444,69 \$	86 444,69 \$	– \$		1 150,00 \$
59 972,48 \$	65 972,48 \$	71 972,48 \$	77 972,48 \$	83 972,48 \$	89 972,48 \$	– \$		1 300,00 \$
63 720,76 \$	69 720,76 \$	75 720,76 \$	81 720,76 \$	87 720,76 \$	93 720,76 \$	900,00 \$		1 400,00 \$
67 703,31 \$	73 703,31 \$	79 703,31 \$	85 703,31 \$	91 703,31 \$	97 703,31 \$	1 000,00 \$		1 600,00 \$
71 934,77 \$	77 934,77 \$	83 934,77 \$	89 934,77 \$	95 934,77 \$	101 934,77 \$	1 100,00 \$		1 800,00 \$
76 430,69 \$	82 430,69 \$	88 430,69 \$	94 430,69 \$	100 430,69 \$	106 430,69 \$	1 200,00 \$		2 000,00 \$
81 207,61 \$	87 207,61 \$	93 207,61 \$	99 207,61 \$	105 207,61 \$	111 207,61 \$	1 300,00 \$		2 200,00 \$
86 283,08 \$	92 283,08 \$	98 283,08 \$	104 283,08 \$	110 283,08 \$	116 283,08 \$	1 500,00 \$		2 400,00 \$
91 675,77 \$	97 675,77 \$	103 675,77 \$	109 675,77 \$	115 675,77 \$	121 675,77 \$	1 700,00 \$		2 600,00 \$
97 405,51 \$	103 405,51 \$	109 405,51 \$	115 405,51 \$	121 405,51 \$	127 405,51 \$	2 000,00 \$		2 900,00 \$
103 493,35 \$	109 493,35 \$	115 493,35 \$	121 493,35 \$	127 493,35 \$	133 493,35 \$	2 300,00 \$		3 200,00 \$
109 961,69 \$	115 961,69 \$	121 961,69 \$	127 961,69 \$	133 961,69 \$	139 961,69 \$	2 600,00 \$		3 500,00 \$
116 834,29 \$	122 834,29 \$	128 834,29 \$	134 834,29 \$	140 834,29 \$	146 834,29 \$	2 900,00 \$		3 800,00 \$
124 136,44 \$	130 136,44 \$	136 136,44 \$	142 136,44 \$	148 136,44 \$	154 136,44 \$	3 200,00 \$		4 200,00 \$
131 894,97 \$	137 894,97 \$	143 894,97 \$	149 894,97 \$	155 894,97 \$	161 894,97 \$	3 500,00 \$		4 600,00 \$
140 138,40 \$	146 138,40 \$	152 138,40 \$	158 138,40 \$	164 138,40 \$	170 138,40 \$	3 800,00 \$		5 000,00 \$
148 897,05 \$	154 897,05 \$	160 897,05 \$	166 897,05 \$	172 897,05 \$	178 897,05 \$	4 100,00 \$		5 500,00 \$
158 203,12 \$	164 203,12 \$	170 203,12 \$	176 203,12 \$	182 203,12 \$	188 203,12 \$	4 400,00 \$		6 000,00 \$
> 158 203,12 \$						Franchise variable		4 % du revenu net

Seuil D : Seuil de base de 36 925 \$ avec seuils rajustés de 9 451 \$ pour les personnes à charge

Seuils de revenu de base	Famille de 2 personnes	Famille de 3 personnes	Famille de 4 personnes	Famille de 5 personnes	Famille de 6 personnes	Franchise familiale	Coassurance de 70:30	Maximum par famille
36 925,00 \$	46 376,00 \$	55 827,00 \$	65 278,00 \$	74 729,00 \$	84 180,00 \$	– \$		– \$
39 232,81 \$	48 683,81 \$	58 134,81 \$	67 585,81 \$	77 036,81 \$	86 487,81 \$	– \$		240,00 \$

41 684,86 \$	51 135,86 \$	60 586,86 \$	70 037,86 \$	79 488,86 \$	88 939,86 \$	- \$		400,00 \$
44 290,17 \$	53 741,17 \$	63 192,17 \$	72 643,17 \$	82 094,17 \$	91 545,17 \$	- \$		600,00 \$
47 058,30 \$	56 509,30 \$	65 960,30 \$	75 411,30 \$	84 862,30 \$	94 313,30 \$	- \$		750,00 \$
49 999,45 \$	59 450,45 \$	68 901,45 \$	78 352,45 \$	87 803,45 \$	97 254,45 \$	- \$		850,00 \$
53 124,41 \$	62 575,41 \$	72 026,41 \$	81 477,41 \$	90 928,41 \$	100 379,41 \$	- \$		1 000,00 \$
56 444,69 \$	65 895,69 \$	75 346,69 \$	84 797,69 \$	94 248,69 \$	103 699,69 \$	- \$		1 150,00 \$
59 972,48 \$	69 423,48 \$	78 874,48 \$	88 325,48 \$	97 776,48 \$	107 227,48 \$	- \$		1 300,00 \$
63 720,76 \$	73 171,76 \$	82 622,76 \$	92 073,76 \$	101 524,76 \$	110 975,76 \$	900,00 \$		1 400,00 \$
67 703,31 \$	77 154,31 \$	86 605,31 \$	96 056,31 \$	105 507,31 \$	114 958,31 \$	1 000,00 \$		1 600,00 \$
71 934,77 \$	81 385,77 \$	90 836,77 \$	100 287,77 \$	109 738,77 \$	119 189,77 \$	1 100,00 \$		1 800,00 \$
76 430,69 \$	85 881,69 \$	95 332,69 \$	104 783,69 \$	114 234,69 \$	123 685,69 \$	1 200,00 \$		2 000,00 \$
81 207,61 \$	90 658,61 \$	100 109,61 \$	109 560,61 \$	119 011,61 \$	128 462,61 \$	1 300,00 \$		2 200,00 \$
86 283,08 \$	95 734,08 \$	105 185,08 \$	114 636,08 \$	124 087,08 \$	133 538,08 \$	1 500,00 \$		2 400,00 \$
91 675,77 \$	101 126,77 \$	110 577,77 \$	120 028,77 \$	129 479,77 \$	138 930,77 \$	1 700,00 \$		2 600,00 \$
97 405,51 \$	106 856,51 \$	116 307,51 \$	125 758,51 \$	135 209,51 \$	144 660,51 \$	2 000,00 \$		2 900,00 \$
103 493,35 \$	112 944,35 \$	122 395,35 \$	131 846,35 \$	141 297,35 \$	150 748,35 \$	2 300,00 \$		3 200,00 \$
109 961,69 \$	119 412,69 \$	128 863,69 \$	138 314,69 \$	147 765,69 \$	157 216,69 \$	2 600,00 \$		3 500,00 \$
116 834,29 \$	126 285,29 \$	135 736,29 \$	145 187,29 \$	154 638,29 \$	164 089,29 \$	2 900,00 \$		3 800,00 \$
124 136,44 \$	133 587,44 \$	143 038,44 \$	152 489,44 \$	161 940,44 \$	171 391,44 \$	3 200,00 \$		4 200,00 \$
131 894,97 \$	141 345,97 \$	150 796,97 \$	160 247,97 \$	169 698,97 \$	179 149,97 \$	3 500,00 \$		4 600,00 \$
140 138,40 \$	149 589,40 \$	159 040,40 \$	168 491,40 \$	177 942,40 \$	187 393,40 \$	3 800,00 \$		5 000,00 \$
148 897,05 \$	158 348,05 \$	167 799,05 \$	177 250,05 \$	186 701,05 \$	196 152,05 \$	4 100,00 \$		5 500,00 \$
158 203,12 \$	167 654,12 \$	177 105,12 \$	186 556,12 \$	196 007,12 \$	205 458,12 \$	4 400,00 \$		6 000,00 \$
> 158 203,12 \$						Franchise variable		4 % du revenu net

Annexe B : Autres modèles de participation aux coûts envisagés

Modèle de coassurance pur

Un modèle de coassurance est rare pour les régimes d'assurance-médicaments, car il est plus courant de le combiner avec un mécanisme basé sur la franchise pour pallier les taux de franchise élevés. Un exemple de cette approche serait le régime d'assurance de Terre-Neuve qui fixe un maximum de paiements en fonction des seuils de revenu tout en faisant payer aux utilisateurs du régime une quote-part de 30 % sur les médicaments d'ordonnance. Le régime couvre 70 % des coûts jusqu'à ce que les plafonds soient atteints.

Le principal avantage de l'utilisation d'un modèle de coassurance pur est de réduire les coûts initiaux du régime, car les utilisateurs doivent payer avant d'avoir accès aux prestations d'assurance-médicaments. Cela permet de réduire les obstacles financiers à l'accès aux traitements nécessaires. Cependant, un système de coassurance sans frais initiaux supplémentaires, tels que des franchises ou des primes, fait courir le risque que les fournisseurs d'assurance privés réduisent ou suppriment leurs régimes.

L'inconvénient du modèle de coassurance et la raison pour laquelle il n'est pas favorisé sont qu'il ne prévoit pas l'équité du modèle de coassurance à franchise mixte, lequel offre une couverture des médicaments aux résidents qui ne sont pas admissibles à d'autres régimes de prestations. Ce modèle pourrait avoir une incidence sur l'assurance offerte par d'autres fournisseurs et sur la viabilité financière du régime public, ce qui n'est pas l'intention du nouveau régime d'assurance-médicaments du GTNO.

Reportez-vous au Tableau 4 pour en savoir plus sur le modèle de participation aux coûts de la coassurance avec les seuils familiaux.

Reportez-vous à l'**annexe A** pour consulter les tableaux indiquant les autres options de seuils. Les plafonds familiaux proposés resteraient les mêmes; les seuils de revenus changeraient selon l'option choisie.

Fonctionnement de la participation aux coûts dans un modèle de quote-part selon le revenu des résidents :

- **Revenu inférieur au seuil de faible revenu familial rajusté** – aucun de partage des coûts, accès immédiat au régime.
- **Revenu supérieur aux seuils de faible revenu** – les résidents paient 30 % des frais d'ordonnance jusqu'au plafond familial et ont un accès immédiat au régime.

- **Revenu élevé** – les personnes et les familles qui dépassent le seuil de revenu élevé, plus les rajustements liés à la taille de la famille, paient une quote-part jusqu'à un maximum de 4 % de leur revenu, avec un accès immédiat au régime.

Une fois les plafonds familiaux atteints dans tous les niveaux de revenu, le régime d'assurance-médicaments couvrirait 100 % des coûts des médicaments admissibles.

Tableau 4 : Seuil A : Modèle de participation aux coûts de la coassurance avec seuils familiaux

Seuils de revenu de base	Famille de 2 personnes	Famille de 3 personnes	Famille de 4 personnes	Famille de 5 personnes	Famille de 6 personnes	Coassurance de 70:30 pour le seuil familial
32 601,01 \$	42 052,01 \$	51 503,01 \$	60 954,01 \$	70 405,01 \$	79 856,01 \$	– \$
34 638,57 \$	44 089,57 \$	53 540,57 \$	62 991,57 \$	72 442,57 \$	81 893,57 \$	240,00 \$
36 803,48 \$	46 254,48 \$	55 705,48 \$	65 156,48 \$	74 607,48 \$	84 058,48 \$	400,00 \$
39 103,70 \$	48 554,70 \$	58 005,70 \$	67 456,70 \$	76 907,70 \$	86 358,70 \$	600,00 \$
41 547,68 \$	50 998,68 \$	60 449,68 \$	69 900,68 \$	79 351,68 \$	88 802,68 \$	750,00 \$
44 144,41 \$	53 595,41 \$	63 046,41 \$	72 497,41 \$	81 948,41 \$	91 399,41 \$	850,00 \$
46 903,44 \$	56 354,44 \$	65 805,44 \$	75 256,44 \$	84 707,44 \$	94 158,44 \$	1 000,00 \$
49 834,90 \$	59 285,90 \$	68 736,90 \$	78 187,90 \$	87 638,90 \$	97 089,90 \$	1 150,00 \$
52 949,59 \$	62 400,59 \$	71 851,59 \$	81 302,59 \$	90 753,59 \$	100 204,59 \$	1 300,00 \$
56 258,93 \$	65 709,93 \$	75 160,93 \$	84 611,93 \$	94 062,93 \$	103 513,93 \$	1 400,00 \$
59 775,12 \$	69 226,12 \$	78 677,12 \$	88 128,12 \$	97 579,12 \$	107 030,12 \$	1 600,00 \$
63 511,06 \$	72 962,06 \$	82 413,06 \$	91 864,06 \$	101 315,06 \$	110 766,06 \$	1 800,00 \$
67 480,50 \$	76 931,50 \$	86 382,50 \$	95 833,50 \$	105 284,50 \$	114 735,50 \$	2 000,00 \$
71 698,04 \$	81 149,04 \$	90 600,04 \$	100 051,04 \$	109 502,04 \$	118 953,04 \$	2 150,00 \$
76 179,16 \$	85 630,16 \$	95 081,16 \$	104 532,16 \$	113 983,16 \$	123 434,16 \$	2 300,00 \$
80 940,36 \$	90 391,36 \$	99 842,36 \$	109 293,36 \$	118 744,36 \$	128 195,36 \$	2 500,00 \$
85 999,13 \$	95 450,13 \$	104 901,13 \$	114 352,13 \$	123 803,13 \$	133 254,13 \$	2 700,00 \$
91 374,08 \$	100 825,08 \$	110 276,08 \$	119 727,08 \$	129 178,08 \$	138 629,08 \$	2 900,00 \$
97 084,96 \$	106 535,96 \$	115 986,96 \$	125 437,96 \$	134 888,96 \$	144 339,96 \$	3 100,00 \$
103 152,77 \$	112 603,77 \$	122 054,77 \$	131 505,77 \$	140 956,77 \$	150 407,77 \$	3 300,00 \$
109 599,82 \$	119 050,82 \$	128 501,82 \$	137 952,82 \$	147 403,82 \$	156 854,82 \$	3 600,00 \$
116 449,81 \$	125 900,81 \$	135 351,81 \$	144 802,81 \$	154 253,81 \$	163 704,81 \$	3 850,00 \$
123 727,92 \$	133 178,92 \$	142 629,92 \$	152 080,92 \$	161 531,92 \$	170 982,92 \$	4 200,00 \$
131 460,91 \$	140 911,91 \$	150 362,91 \$	159 813,91 \$	169 264,91 \$	178 715,91 \$	4 500,00 \$
139 677,22 \$	149 128,22 \$	158 579,22 \$	168 030,22 \$	177 481,22 \$	186 932,22 \$	4 900,00 \$
148 407,05 \$	157 858,05 \$	167 309,05 \$	176 760,05 \$	186 211,05 \$	195 662,05 \$	5 600,00 \$
157 682,49 \$	167 133,49 \$	176 584,49 \$	186 035,49 \$	195 486,49 \$	204 937,49 \$	6 200,00 \$
> 157 682,49 \$					Franchise variable	4 % du revenu net

Modèle de prime

Les primes sont le modèle de participation aux coûts le moins répandu dans les régimes d'assurance-médicaments publics au Canada. Ce modèle ressemble le plus à une assurance privée, que les clients contractent pour avoir accès au régime. Ce modèle simplifie la gestion des frais du régime pour les utilisateurs, mais les résidents qui veulent profiter de l'avantage d'un coût global des médicaments peu élevé devraient quand même payer les mêmes primes que les résidents dont le coût des médicaments est plus élevé. Cela pourrait décourager certains résidents d'accéder aux prestations d'assurance-médicaments nécessaires, s'ils pensent que le coût des primes mensuelles est trop élevé. En outre, un modèle de prime serait plus complexe et plus coûteux à gérer sur le plan administratif.

Fonctionnement d'un modèle de prime :

- Les résidents paieraient d'avance pour avoir accès aux prestations d'assurance-médicaments.
- Les plafonds établis pour les familles seraient divisés en paiements réguliers que les utilisateurs du régime verseraient en paiements mensuels, trimestriels ou annuels.

Comme le modèle de coassurance pur, le modèle de prime est en contradiction avec les objectifs stratégiques proposés, car il n'est pas équitable pour tous les utilisateurs du régime. Certains utilisateurs du régime paieraient le même montant pour accéder aux avantages du régime sans avoir besoin d'autant d'aide que d'autres utilisateurs du régime dont les coûts de médicaments sont plus élevés. Pour cette raison, ce modèle n'est pas envisagé.

Reportez-vous au Tableau 5 pour en savoir plus sur le modèle de participation aux coûts de la prime avec les seuils familiaux.

Reportez-vous à l'**annexe A** pour consulter les tableaux indiquant les autres options de seuils. Les primes mensuelles et les plafonds familiaux proposés resteraient les mêmes; les seuils de revenus changeraient selon l'option choisie.

Tableau 5 : Seuil A : Modèle de participation aux coûts de la prime

Seuils de revenu de base	Famille de 2 personnes	Famille de 3 personnes	Famille de 4 personnes	Famille de 5 personnes	Famille de 6 personnes	Prime mensuelle	Maximum par famille
32 601,01 \$	42 052,01 \$	51 503,01 \$	60 954,01 \$	70 405,01 \$	79 856,01 \$	– \$	– \$
34 638,57 \$	44 089,57 \$	53 540,57 \$	62 991,57 \$	72 442,57 \$	81 893,57 \$	20 \$	240,00 \$
36 803,48 \$	46 254,48 \$	55 705,48 \$	65 156,48 \$	74 607,48 \$	84 058,48 \$	33 \$	400,00 \$
39 103,70 \$	48 554,70 \$	58 005,70 \$	67 456,70 \$	76 907,70 \$	86 358,70 \$	50 \$	600,00 \$
41 547,68 \$	50 998,68 \$	60 449,68 \$	69 900,68 \$	79 351,68 \$	88 802,68 \$	63 \$	750,00 \$

Seuils de revenu de base	Famille de 2 personnes	Famille de 3 personnes	Famille de 4 personnes	Famille de 5 personnes	Famille de 6 personnes	Prime mensuelle	Maximum par famille
44 144,41 \$	53 595,41 \$	63 046,41 \$	72 497,41 \$	81 948,41 \$	91 399,41 \$	71 \$	850,00 \$
46 903,44 \$	56 354,44 \$	65 805,44 \$	75 256,44 \$	84 707,44 \$	94 158,44 \$	83 \$	1 000,00 \$
49 834,90 \$	59 285,90 \$	68 736,90 \$	78 187,90 \$	87 638,90 \$	97 089,90 \$	96 \$	1 150,00 \$
52 949,59 \$	62 400,59 \$	71 851,59 \$	81 302,59 \$	90 753,59 \$	100 204,59 \$	108 \$	1 300,00 \$
56 258,93 \$	65 709,93 \$	75 160,93 \$	84 611,93 \$	94 062,93 \$	103 513,93 \$	117 \$	1 400,00 \$
59 775,12 \$	69 226,12 \$	78 677,12 \$	88 128,12 \$	97 579,12 \$	107 030,12 \$	133 \$	1 600,00 \$
63 511,06 \$	72 962,06 \$	82 413,06 \$	91 864,06 \$	101 315,06 \$	110 766,06 \$	150 \$	1 800,00 \$
67 480,50 \$	76 931,50 \$	86 382,50 \$	95 833,50 \$	105 284,50 \$	114 735,50 \$	167 \$	2 000,00 \$
71 698,04 \$	81 149,04 \$	90 600,04 \$	100 051,04 \$	109 502,04 \$	118 953,04 \$	179 \$	2 150,00 \$
76 179,16 \$	85 630,16 \$	95 081,16 \$	104 532,16 \$	113 983,16 \$	123 434,16 \$	192 \$	2 300,00 \$
80 940,36 \$	90 391,36 \$	99 842,36 \$	109 293,36 \$	118 744,36 \$	128 195,36 \$	208 \$	2 500,00 \$
85 999,13 \$	95 450,13 \$	104 901,13 \$	114 352,13 \$	123 803,13 \$	133 254,13 \$	225 \$	2 700,00 \$
91 374,08 \$	100 825,08 \$	110 276,08 \$	119 727,08 \$	129 178,08 \$	138 629,08 \$	242 \$	2 900,00 \$
97 084,96 \$	106 535,96 \$	115 986,96 \$	125 437,96 \$	134 888,96 \$	144 339,96 \$	258 \$	3 100,00 \$
103 152,77 \$	112 603,77 \$	122 054,77 \$	131 505,77 \$	140 956,77 \$	150 407,77 \$	275 \$	3 300,00 \$
109 599,82 \$	119 050,82 \$	128 501,82 \$	137 952,82 \$	147 403,82 \$	156 854,82 \$	300 \$	3 600,00 \$
116 449,81 \$	125 900,81 \$	135 351,81 \$	144 802,81 \$	154 253,81 \$	163 704,81 \$	321 \$	3 850,00 \$
123 727,92 \$	133 178,92 \$	142 629,92 \$	152 080,92 \$	161 531,92 \$	170 982,92 \$	350 \$	4 200,00 \$
131 460,91 \$	140 911,91 \$	150 362,91 \$	159 813,91 \$	169 264,91 \$	178 715,91 \$	375 \$	4 500,00 \$
139 677,22 \$	149 128,22 \$	158 579,22 \$	168 030,22 \$	177 481,22 \$	186 932,22 \$	408 \$	4 900,00 \$
148 407,05 \$	157 858,05 \$	167 309,05 \$	176 760,05 \$	186 211,05 \$	195 662,05 \$	467 \$	5 600,00 \$
157 682,49 \$	167 133,49 \$	176 584,49 \$	186 035,49 \$	195 486,49 \$	204 937,49 \$	517 \$	6 200,00 \$
> 157 682,49 \$						Franchise variable	4 % du revenu net