

MODE DE FONCTIONNEMENT DE LA TARIFICATION DES ASSURANCES COLLECTIVES

*Suivi du Conseil syndical
de novembre 2010*



SFPQ
SYNDICAT DE LA FONCTION
PUBLIQUE DU QUÉBEC

Proposition n° 8
Assemblée régionale
Région 2 – Montréal-Laval

Proposé par le confrère Yvon Brault
Appuyé par le confrère Réal Quesnel

Que le SFPQ produise rapidement un document d'information et explicatif destiné aux membres, qui vulgarise le mode de fonctionnement de la tarification de nos assurances collectives, principalement en mettant l'accent sur la contribution infime de notre employeur. (adoptée)

Lors du dernier conseil syndical, la proposition de renouvellement pour l'assurance santé était la suivante :

Pour 2011, la hausse globale demandée par Desjardins pour l'ensemble des modules était de 14 %. La hausse globale négociée par le Comité des assurances se chiffre à 7,8 %.

Elle est principalement justifiée par les facteurs suivants : la hausse du taux de consommation tant des médicaments que des soins paramédicaux et l'inflation prévue pour 2011 des divers types de frais couverts.

Afin de conserver un certain niveau de mutualisation dans le cadre d'un contrat collectif et compte tenu de ces principes, la hausse globale de 7,8 % est ventilée comme suit entre les modules : Santé 1 (0 %); Santé 2 (+ 6,5 %); Santé 3 (+ 9,5 %).

Avant d’aborder le fonctionnement de la tarification, tentons ensemble de résoudre l’énigme suivante, souvent utilisée pour décrier le coût des assurances.

Le piège des comparaisons

- Pierre participe au module *Santé 2* du SFPQ et sa cotisation s’élève, pour une protection familiale, à 51,79 \$ par période de 14 jours. Son beau-frère Luc travaille pour la municipalité et ne paie que 47,18 \$ par période de 14 jours pour une protection familiale plus étendue qui couvre également les soins dentaires.
- Quel est le piège?



Le piège

L’employeur de Luc défraie 50 % de la prime, soit 47,18 \$ par période de 14 jours, tandis que celui de Pierre ne verse que 2,31 \$ par période de 14 jours.

Il ne faut jamais oublier que la contribution de l’employeur au régime d’assurance collective est prévue à la convention collective à l’article 9-38.14 et se résume ainsi :

Pour un plan individuel, l’employeur verse 2 \$ par mois, soit 24 \$ par année, divisés par 26 paies, pour une contribution de 0,92 \$ par paie.

Pour un plan monoparental ou familial, l’employeur verse 5 \$ par mois, soit 60 \$ par année, divisés par 26 paies, pour une contribution de 2,31 \$ par paie.

Maintenant, voyons comment fonctionne la tarification lors des renouvellements.

Tarification et renouvellement

À chaque renouvellement, les taux de prime applicables pour le futur sont revus à la lumière de l'expérience du régime et de ce qui est attendu dans le futur. Ainsi, les nouveaux taux de prime sont établis en fonction :

- Des prestations observées au cours des années précédentes (prestations payées plus réserves)¹ ;
 - assurance maladie : généralement deux ans,
 - assurance vie et assurance traitement : généralement sur dix ans;
- Des tendances probables pour le futur, surtout en assurance maladie, notamment pour les médicaments ;
 - hausse de l'utilisation par le groupe,
 - hausse du coût par ordonnance (inflation, répartition brevetée/générique, choix thérapeutiques);
- Des frais
 - voir annexe 1.

Récupération de déficits

Il est à noter qu'au Québec, la pratique veut que le calcul des taux de renouvellement ne contienne pas de marge « explicite » pour la récupération des déficits accumulés (s'il y a lieu).

¹ Les réserves étant les sommes dues et mises de côté, mais non encore versées.

Par contre, les assureurs peuvent, bien sûr, faire preuve d'un certain pessimisme dans leur vision de l'avenir afin d'inclure ainsi des marges « implicites ». C'est là qu'intervient le jeu des négociations.

En conclusion, peu importe l'assureur, c'est toujours l'expérience du groupe assuré qui détermine le taux des primes, et c'est le rôle du comité des assurances de veiller à obtenir le meilleur coût possible. (voir annexe 2)



ANNEXES

ANNEXE 1

Types de frais

À chaque renouvellement du contrat, nous devons prendre en compte l'ensemble des frais d'administration du contrat.

Ces frais, convenus et garantis pour une période de cinq ans sont de l'ordre de 10 % et sont appliqués aux différents postes budgétaires de notre contrat.

Voici donc quelques exemples d'application de ces frais :

- Administration générale du contrat;
- Taxe gouvernementale sur les primes;
- Frais pour imprévus dans chacun des régimes, soit, santé, vie et traitement. Ces frais varient selon chacun des régimes et sont calculés en pourcentage des primes;
- Règlement des prestations versées pour chacun des régimes mentionné ci-dessus;
- Fonds de consultation;
- Frais d'assistance voyage;
- Frais de transformation d'assurance vie.

À la fin de chaque exercice financier, une fois toutes les réclamations acquittées et les frais prélevés par l'assureur s'il reste des surplus déclarés, ceux-ci sont déposés dans le compte du Comité des assurances du SFPQ.

ANNEXE 2

Rôles du comité des assurances

Le comité des assurances (SFPQ et huit autres syndicats de la fonction publique) est le preneur du contrat d'assurance.

À ce titre, il est le représentant des participants pour toutes les dimensions du régime :

- définition des protections;
- choix de l'assureur;
- négociation avec l'assureur des clauses du contrat, des taux de prime et des formules financières;
- décisions quant à l'utilisation d'éventuelles ristournes;
- investissement des ristournes en dépôt.

Le comité des assurances consulte au besoin les participants afin d'éclairer ses orientations et prises de décision.

Santé et sécurité du travail et avantages sociaux

Avril 2011



SFPQ
SYNDICAT DE LA FONCTION
PUBLIQUE DU QUÉBEC