

NOUVEAU RÉGIME D'ASSURANCES COLLECTIVES
Proposition patronale du 6 octobre 2022
Questions et précisions demandées par la partie syndicale

ASSURANCE INVALIDITÉ

1. Droits acquis

Les règles actuelles seront-elles maintenues pour les personnes qui sont en congé de maladie à la date d'entrée en vigueur du nouveau régime proposé, notamment en ce qui concerne les prestations d'invalidité de longue durée ?

- Oui, les règles actuelles vont être maintenues pour ces personnes. Par exemple, si le nouveau régime est mis en place le 1^{er} janvier 2024, tous les cas d'invalidité ayant débuté avant le 1^{er} janvier 2024 seront traités selon les anciennes règles, et ce jusqu'à la fin de leur invalidité ou de la date limite de couverture (décès ou 65 ans).

2. Intégration à la RRQ

À partir de quel âge et après combien de mois d'invalidité la prestation d'invalidité sera-t-elle réduite de montant payable en vertu du Régime des rentes du Québec ?

- Le nouveau régime n'implique aucun changement quant aux règles d'intégration avec la RRQ.

Il n'existe pas une règle précise pour le début de l'intégration avec le Régime des rentes du Québec. L'intégration débute à partir du moment où la personne en invalidité commence à recevoir des prestations d'invalidité de la part du RRQ. Selon le cas, l'invalidité permanente peut être reconnue très tôt par le RRQ ou cela peut prendre du temps, car la blessure ou la maladie n'est pas encore consolidée et que les perspectives de rétablissement ne sont pas encore claires. L'important à retenir est que la réduction s'applique à partir du moment où la personne invalide reçoit une prestation qui vise à remplacer son salaire pour son invalidité d'un autre payeur (RRQ, CNESST, SAAQ, IVAC). Les assurances privées sont exclues de cette règle d'intégration.

3. Salaire net (ou brut) en assurance invalidité longue durée

Pourquoi les primes et la garantie d'assurance invalidité de longue durée sont-elles calculées en fonction du salaire net plutôt que du salaire brut ?

- La prime est calculée en fonction du salaire net, car c'est la manière la plus précise et la plus équitable pour les employés d'obtenir le même remplacement de revenu net en fonction de leur salaire, peu importe le niveau de salaire.

Nous sommes d'accord que ce n'est pas la norme dans l'industrie et que c'est effectivement plus complexe à calculer et à expliquer. Pour avoir une formule équitable en fonction du salaire brut, il faudrait avoir une formule de prestations à paliers ce qui est aussi complexe à calculer et à expliquer.

- Exemple de formule à paliers plus standard : 65 % des premiers 25 000 \$ brut + 50 % entre 25 000 \$ et 50 000 \$ + 40 % de l'excédent.

Pour ne pas complexifier les changements, nous avons maintenu les formules actuelles pour les primes et les prestations et nous avons uniquement ajusté les pourcentages et la durée des couvertures.

3a) Y a-t-il des raisons juridiques ou autres qui empêchent de les calculer en fonction du salaire brut ?

- Non. Il y a des raisons juridiques et fiscales uniquement pour maintenir le statut des prestations non imposables en exigeant que la prime soit payée uniquement par l'employé.

3b) Cela est-il fréquent pour les organismes du secteur public ?

- Il n'est pas rare de voir des prestations en pourcentage de salaire net dans les organismes du secteur public. La prime est cependant plus souvent exprimée en pourcentage du salaire brut plutôt que du salaire net. Pour ne pas complexifier les changements, nous avons maintenu le fonctionnement actuel pour les primes.

3c) Considérant que le calcul en fonction de salaire net est difficile à comprendre pour les employés, considérant aussi sa lourdeur administrative, ne serait-il pas plus simple de calculer les primes et la garantie d'assurance en fonction du salaire brut et cela, tant pour l'invalidité longue durée que pour l'invalidité courte durée ?

- C'est une avenue intéressante à analyser, mais il faudrait faire plus d'analyses sur l'impact d'un tel changement pour l'exonération du RRUQ et des primes d'assurance. De plus, il faudrait convenir d'une formule équitable, possiblement à paliers, pour l'ensemble des employés, car c'est inéquitable de mettre un pourcentage unique avec une formule calculée avec du salaire brut.

4. Salaire net et revenu net

Quels sont précisément les éléments compris dans le salaire net et qui ne sont pas inclus dans le revenu net ? Inversement, quels sont les éléments qui sont inclus dans le revenu net et qui ne sont pas compris dans le salaire net ? Pourquoi une telle distinction ?

- **Le salaire net** : C'est le salaire annuel brut moins les déductions à la source (impôt, RRUQ, RRQ, RQAP, AE, primes d'assurances). Le système de paye calcule automatiquement le salaire net selon une formule programmée qui tient compte de l'ensemble des composantes et des recalibrages avec l'impôt.

Voici le processus précis de l'algorithme dans le système de paye :

CALCUL

- On calcule le salaire brut en utilisant la même méthode que pour l'assurance salaire court terme au brut. Le salaire est donc arrondi au millier.
- On évalue comment la personne va payer de RRUQ dans la période calculée
- On évalue les cotisations gouvernementales dans la période calculée (impôts, AE, RQAP, RRQ).
- On va soustraire le montant des retenues gouvernementales et le RRUQ du salaire brut.
- On évalue les montants d'assurances à payer par l'employé et l'employeur.
 - Particularité pour le calcul de l'assurance salaire long terme (ASLT), étant donné que le montant à payer est calculé sur le salaire net et que le salaire net n'est pas encore connu, le système fait 3 passes de calcul pour établir une estimation du salaire net :
 - Passe 1 - Estimer le salaire net (NET1) : Selon les parts employés déjà existantes, les différentes retenues (RRQ, AE, etc.) et les impôts provincial et fédéral sont calculés.
 - Passe 2 - À partir de NET1, on peut estimer le montant d'assurance salaire long terme (ASLT1) : L'ASLT1 est ajouté aux parts employés déjà existantes. Avec cette nouvelle valeur, les différentes retenues (RRQ, AE, etc.) et l'impôt provincial sont calculés à nouveau. Cela permet d'avoir un salaire net plus près de la réalité (NET2).
 - Passe 3 - On refait le même exercice qu'à la passe 2, mais avec le NET2 comme point de départ. Cela permet d'avoir un salaire net qui est considéré assez près de la réalité pour pouvoir s'y baser dans le calcul final de l'assurance salaire long terme (ASLT).

La procédure est complexe puisque la prime est calculée en fonction du salaire net, et le salaire net est calculé en fonction de la prime (formule circulaire). C'est pour cette raison qu'il est rare de voir un taux en fonction du salaire net.

Le revenu net : Le revenu net est ce qu'il reste dans les poches du salarié à la fin de l'année en soustrayant les impôts et les déductions. Dans le régime actuel :

- si une personne est invalide en longue durée pendant toute une année fiscale, son revenu net sera : $\text{salaire net} * 89 \%$, car les prestations sont non-imposables.
- si la personne reçoit de l'invalidité pendant 6 mois, son revenu net va être : $50 \% * \text{salaire net} * 89 \%$, pour le premier 6 mois, + $50 \% * \text{salaire brut}$, moins les impôts et déductions applicables pour cette portion pour le dernier 6 mois.

Dans le dernier cas et pour une personne qui gagne 100 000 \$, elle sera imposée uniquement sur 50 000 \$ ce qui diminue également sa facture fiscale par rapport à une année qui est travaillée à temps plein, car ce ne sont pas les mêmes fourchettes d'impôt.

ASSURANCE ACCIDENT MALADIE

5. Franchise par prescription

Considérant l'objectif recherché qui est de réduire les coûts, pourquoi le montant de la franchise est-il différent pour le Module A (5,00 \$) et le Module B (2,00 \$) alors que le montant de la coassurance est le même pour les deux modules ? Quelle est la définition de « prescription » ? La franchise s'applique-t-elle à chaque médicament acheté ou à chaque facture payée au pharmacien, deux ou plusieurs médicaments pouvant alors être compris sur une même facture ?

- La franchise est appliquée par médicament (Code DIN). Par conséquent, sur une même facture, nous pourrions retrouver plusieurs montants de 5 \$ ou plusieurs 2 \$.

Pour la différence entre les deux modules, c'est un choix de design et d'équilibre des coûts. Le module B pourrait avoir une franchise à 5 \$ au lieu de 2 \$ ce qui ferait diminuer le coût de la prime pour cette option pour les employés. Nous avons fait le choix de mettre un montant inférieur pour créer une distinction supplémentaire entre les deux modules tout en gardant cet outil de contrôle dans les deux modules. À coût équivalent, nous sommes disposés à faire des ajustements entre les deux modules sur cette question.

6. Impact pour le participant de l'ajout d'une franchise par prescription

Pourrions-nous obtenir un tableau présentant l'impact pour le participant de l'ajout d'une franchise de 5,00 \$ ou de 2,00 \$ par prescription selon le coût du médicament et en supposant un renouvellement mensuel ?

- Pour la franchise de 5 \$, c'est 60 \$ / année / médicament et pour la franchise de 2 \$, c'est 24 \$ / année / médicament.

Pour les participants dans le Module A, ce coût peut être payé par le compte de gestion de santé.

Dans les deux cas, et c'est vrai également dans le régime actuel, un participant ne peut pas payer plus qu'un maximum de 1161 \$ (maximum RAMQ 2022) en frais de médicaments par année (limite individuelle pour chaque adulte). Une fois cette limite atteinte, la franchise de 5 \$ ou 2 \$ n'est plus payable et les médicaments sont remboursés à 100 %.

7. Réduction des coûts suite à l'ajout d'une franchise par prescription

La pratique des pharmaciens quant au renouvellement des médicaments est-elle la même partout au Québec ? Des mesures d'exception ou d'atténuation ont-elles été prévues en cas de pénurie de médicaments ; d'augmentation du prix du médicament (surcharge) ou de refus du pharmacien de renouveler les ordonnances pour des périodes de deux ou trois mois ; de changement dans la médication ; ou de médicaments peu coûteux ? (Remarque : Selon un pharmacien qui a regardé les calculs présentés par NB à la page 28, les chiffres seraient à revoir.)

- Les pratiques sont effectivement différentes selon les pharmacies. Il n'y a pas d'exception ou d'exemption prévues à cette règle.

Des réclamations récentes de médicaments pour 30 jours et 90 jours ont été extraites d'une grande organisation québécoise. Voici un exemple pour le générique du Lipitor :

Médicaments	Prix	Durée de dispensation
APO-ATORVASTATIN 20MG TAB	20,89	30 jours
APO-ATORVASTATIN 20MG TAB	21,39	30 jours
APO-ATORVASTATIN 20MG TAB	45,59	90 jours
APO-ATORVASTATIN 20MG TAB	46,09	90 jours

Pour les deux réclamations de 30 jours, en multipliant par trois pour atteindre 90 jours, les coûts seraient respectivement de 62,67 \$ et 64,17 \$. Les coûts supplémentaires pour l'employé et le régime (donc les primes) sont respectivement 17,08 \$ et 18,08 \$ en conservant l'habitude de réclamer aux 30 jours.

Hors Québec, près de 50 % des médicaments pris sur une base régulière sont fournis pour plus de 60 jours, car il est convenu que tout le monde en bénéficie. Au Québec, c'est seulement 13 %.

8. Liste de médicaments

Des modifications seront-elles apportées à la liste des médicaments actuellement couverts avec Manuvie ? Si oui, quelles sont précisément ces modifications ?

- Non, il n'y a pas de modifications à la liste des médicaments si notre assureur reste Manuvie. S'il y avait un changement d'assureur dans le futur, certaines pratiques administratives pourraient différer et seraient analysées pour éviter dans la mesure du possible des impacts pour les assurés.

9. Frais admissibles et frais remboursables

Pourquoi introduire la notion de « frais remboursables » ? Est-il exact de dire qu'un remboursement maximal de 750 \$ correspond à des frais admissibles de 937,50 \$ remboursables à 80 % et, inversement, qu'un maximum de 500 \$ de frais admissibles correspond à un remboursement de 400 \$? Afin de faciliter la comparaison avec le régime actuel, pourrions-nous obtenir un tableau présentant les modifications proposées sur la base des « frais admissibles » ?

- Les deux affirmations sont exactes
 - Exemple pour le remboursement des frais de Chiropraticien.

	Régime actuel (90 %)	Régime proposé (80 %)
Frais admissibles	500 \$	937,50 \$
Frais remboursables	$500 \$ * 90 \% = 450 \$$	$937,50 \$ * 0,80 \% = 750 \$$

L'autre différence importante est que le régime actuel prévoit 500 \$ de frais admissibles par professionnel, alors que le régime proposé c'est 750 \$ de frais remboursables pour l'ensemble des professionnels selon chaque sous-groupe.

- Si un participant utilise le maximum admissible pour deux professionnels (ex. : chiropraticien et acupuncteur), les résultats seraient les suivants :

	Régime actuel (90 %)	Régime proposé (80 %) - Module A	Régime proposé (80 %) - Module B
Frais admissibles	2 * 500 \$ = 1000 \$	937,50 \$	1875 \$
Frais remboursables	2 * 500 \$ * 90 % = 900 \$	937,50 \$ * 0,80 % = 750 \$	0,80 % * 1875 \$ = 1500 \$

10. Honoraires des professionnels de la santé

Les plafonds et limites admissibles pour les honoraires professionnels (soit 2000 \$ relatifs aux soins pour troubles mentaux, 750 \$ pour les audiologistes, 750 \$ pour les orthophonistes et 200 \$ sur deux ans pour les soins de la vue) seront-ils indexés annuellement ?

- Non, aucune indexation des montants n'est prévue.

11. Psychologue, psychiatre, travailleur social, psychoéducateur et psychothérapeute

Pourquoi la couverture relative aux soins pour troubles mentaux n'est-elle pas étendue à tous les professionnels qui ont le droit d'exercer la psychothérapie au Québec, à savoir : les médecins autres que les psychiatres, les conseillers d'orientation, les criminologues, les ergothérapeutes, les infirmiers, les thérapeutes familiaux et conjugaux, les sexologues et les personnes qui pratiquaient déjà la psychothérapie avant 2012 et qui ont obtenu un permis de psychothérapie en vertu de la reconnaissance des droits acquis ?

- L'augmentation des professionnels couverts vise à augmenter l'accessibilité et à donner des soins variés pour les problèmes de nature psychologique. La psychothérapie est une sorte de thérapie, mais pour le régime, il faut prévoir le nom des thérapeutes qui offrent les services. Nous avons sélectionné la liste élargie des thérapeutes les plus souvent inclus dans ce type de liste dans les régimes les plus généreux en la matière dans l'industrie et pouvant administrativement être couvert par un assureur (par exemple, Manuvie n'est pas en mesure de couvrir les soins des sexologues).

12. Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et thérapeute du sport agréé

Les frais de physiothérapie demeureront-ils remboursables en totalité sur recommandation médicale ou est-ce que le remboursement maximum sera de 750 \$ pour le Module A ou de 1500 \$ pour le Module B, peu importe que l'assuré ait une recommandation médicale ou non ? Le cas échéant, les frais de physiothérapie seront-ils considérés comme une catégorie distincte ou seront-ils compris dans le remboursement maximum de 750 \$ ou de 1500 \$ pour l'ensemble des professionnels de la santé

- Peu importe que l'assuré ait une recommandation médicale ou non, dans le régime proposé, le physiothérapeute devient un professionnel comme les autres et il est dans le même groupe combiné avec les ergothérapeutes, les acupuncteurs, les chiropraticiens, les diététistes, les

homéopathes, les naturopathes, les ostéopathes, les podiatres et les massothérapeutes (uniquement module B avec maximum de 500 \$). Le remboursement maximum est donc de 750 \$ ou de 1500 \$ selon le module.

13. Compte de gestion santé (CGS) – Frais admissibles

Quels seront précisément les frais admissibles à un remboursement dans le CGS ? Les frais suivants seront-ils admissibles : Le montant des franchises et de la coassurance payées par l'assuré pour les frais médicaux ? **OUI** L'excédent des frais médicaux et des frais paramédicaux engagés sur les frais remboursés ? **OUI** Les frais engagés pour les soins de la vue et les soins dentaires pourront-ils être remboursés en totalité ? **OUI** Les limites et restrictions prévues dans le Module B, notamment pour les soins de la vue et les soins dentaires, s'appliqueront-elles également au CGS ? **NON, l'ensemble des frais admissibles peuvent être remboursés.** La liste des frais admissibles à un remboursement dans le CGS, de même que l'ajout ou le retrait d'éléments à cette liste, devra-t-elle faire l'objet d'une entente à la Table réseau de négociation ?

- **NON, nous sommes liées avec ce qui est autorisé fiscalement par le gouvernement fédéral comme frais admissibles dans le calcul des crédits impôts pour frais médicaux, alors si une dépense n'est plus autorisée par le fédéral, l'assureur refusera de la rembourser. L'employeur n'a pas l'intention de mettre des contraintes, l'intention est de permettre l'ensemble des frais admissibles qui sont autorisés par le fédéral.**

Pour une idée de l'ensemble des frais admissibles, consulter la page suivante :

[Lignes 33099 et 33199 – Frais médicaux admissibles que vous pouvez demander dans votre déclaration de revenus - Canada.ca](#)

14. Compte gestion santé (CGS) – Fonctionnement

Le montant octroyé annuellement est-il de 520 \$ par participant, peu importe qu'il s'agisse d'un plan individuel, familial ou monoparental ? Le montant de 520 \$ sera-t-il indexé annuellement ? Les frais admissibles pourront-ils être remboursés, peu importe la date où ils ont été engagés ? Seront-ils plutôt limités au solde disponible dans le CGS à la date où les frais ont été engagés ? Quelles seront les règles applicables lors du passage d'un module à l'autre ? Par qui sera géré le CGS : par l'Université ou par l'assureur ? Pourrions-nous obtenir des exemples chiffrés pour illustrer le fonctionnement du CGS sur une période de deux ans ?

- **Le 520 \$ est uniquement pour l'employé. Le conjoint et les personnes à charge n'ont pas chacun un 520 \$ supplémentaire. Cependant, les dépenses médicales du conjoint et des personnes à charge peuvent être remboursées dans l'enveloppe de l'employé. C'est une mesure d'équité entre les différents statuts civils parmi les employés.**

Le montant de 520 \$ ne sera pas indexé, mais pourrait être ajusté selon l'évolution des coûts du régime afin de conserver un sain équilibre financier entre les modules.

Les frais admissibles peuvent être remboursés en respectant la période de deux ans.

Le passage d'un module à l'autre est possible à des dates fixes, chaque deux ans, à moins d'un événement de vie. Le solde du CGS résiduel peut être utilisé dans l'année suivante même

s'il y a un changement de module. Un plan de communication sera fait avant chaque période admissible pour changer de module.

Le remboursement des dépenses sera géré par l'assureur.

- Voici un exemple si un participant n'utilise pas assez rapidement son compte de gestion de santé sur une période de trois ans :

Il dépense 250 \$ l'année 1, 250 \$ l'année 2 et 250 \$ l'année 3. Il va perdre son droit de faire des réclamations d'une valeur de 20 \$ en 2025 et de 270 \$ en 2026. En résumé, il n'est pas possible de reporter plus de 520 \$ non dépensé d'une année à l'autre. L'assureur applique toujours les réclamations sur le montant le plus ancien avant d'utiliser les soldes les plus récents.

Année	Début de période	Fin de période	Report
2024	520 \$	270 \$	270 \$
2025	270 \$ + 520 \$	540 \$	Report 520 \$ et élimination de 20 \$
2026	520 \$ + 520 \$	790 \$	Report de 520 \$ et élimination de 270 \$

15. Médicaments d'origine ou génériques

Les médicaments d'origine seront-ils remboursés ? L'utilisation de médicaments génériques sera-t-elle obligatoire ? Si oui, l'excédent des frais engagés pour les médicaments d'origine pourra-t-il être remboursé à même le Compte de gestion santé ?

- La substitution générique sera obligatoire comme c'est le cas dans le régime actuel. Oui, l'excédent des frais engagés pourra être remboursé par le Compte de gestion santé.

16. Tests pharmacogénétiques

Considérant l'impact favorable sur la prévention et la gestion des coûts, les tests pharmacogénétiques seront-ils remboursés comme proposé par la partie patronale le 6 mai 2021 ? Si non, pourquoi ? Si oui, des mesures spécifiques seront-elles mises en place afin d'assurer la confidentialité des demandes et restreindre l'utilisation des renseignements recueillis par l'assureur ?

- Dans le projet actuel, il n'est pas prévu de rembourser les tests de pharmacogénétiques. Nous avons priorisé d'autres bonifications.

17. Adhésion obligatoire

Considérant les options qui seront offertes, la possibilité de rendre l'adhésion obligatoire à l'assurance accident maladie lors de l'embauche de nouveaux salariés a-t-elle été envisagée ? Si non, pourquoi ?

- Non et ce n'est pas l'intention de l'employeur. L'adhésion obligatoire irait à l'encontre de l'un des principes directeurs de notre proposition en ce qui concerne la flexibilité.

C'est possible de rendre l'adhésion obligatoire (i.e. retirer le droit d'exemption), mais c'est très inhabituel.

En revanche, l'adhésion est obligatoire pour ceux qui n'ont pas accès à d'autres régimes privés (en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec).

ASSURANCE VIE

18. Préavis

Un préavis sera-t-il transmis à chaque assuré pour les informer de la réduction des protections en vertu du nouveau régime proposé ? Quelle sera la durée de ce préavis ?

- Une campagne de communication sera déployée pour expliquer le nouveau régime. Il est trop tôt pour indiquer à quel moment cette campagne sera lancée, mais l'intention est de mettre en place les meilleures pratiques en la matière pour informer les gens avec un préavis raisonnable.

19. Droit de transformation

L'assuré aura-t-il le droit de transformer tout montant d'assurance perdu suite à l'adoption du nouveau régime en assurance vie additionnelle, sans preuve d'assurabilité ? Comment sera établie la tarification du montant d'assurance additionnel ?

- Oui, il est prévu faire une mesure transitoire de droit acquis permettant la transformation du montant d'assurance perdu sans preuve d'assurabilité. Ce montant d'assurance deviendra de l'assurance vie facultative et comptera dans le montant maximal actuel équivalent à six fois le salaire. La tarification de l'assurance vie facultative s'appliquera.

FINANCEMENT DU NOUVEAU RÉGIME PROPOSÉ

20. Invalidité courte et longue durée

Les gains résultant d'un retour au travail éventuellement plus rapide suite à la diminution des protections en assurance invalidité ont-ils été pris en compte dans l'estimation des coûts du nouveau régime proposé ? Si non, pourquoi ces gains n'ont-ils pas été considérés ? Si oui, quelles sont les hypothèses qui ont été faites et quelles sont les réductions de coûts ainsi réalisées ? Quel sera l'impact à long terme de la diminution des protections sur le partage des coûts entre l'Université et les employés ?

- Nous n'avons considéré aucun gain potentiel dans le calcul du partage 50 % - 50 %. Si nous avons des gains, tant les employés et les employeurs vont en bénéficier dans les taux de primes. Il est souhaité d'améliorer l'expérience en invalidité, mais nous croyons que l'amélioration principale va provenir des bonifications offertes en prévention dans le régime d'assurance-médicament, notamment le 2000 \$ de frais remboursables pour les soins psychologiques.

21. Continuation salariale

Pourquoi la continuation salariale est-elle considérée dans le coût des régimes d'assurances dont 50 % doit être payé par l'Université en vertu de nos conventions collectives (voir l'article .02 de la clause réseau sur les assurances collectives) ? Les actuaires de chez Normandin Beaudry ont-ils été informés de l'existence de cet article dans nos conventions collectives ?

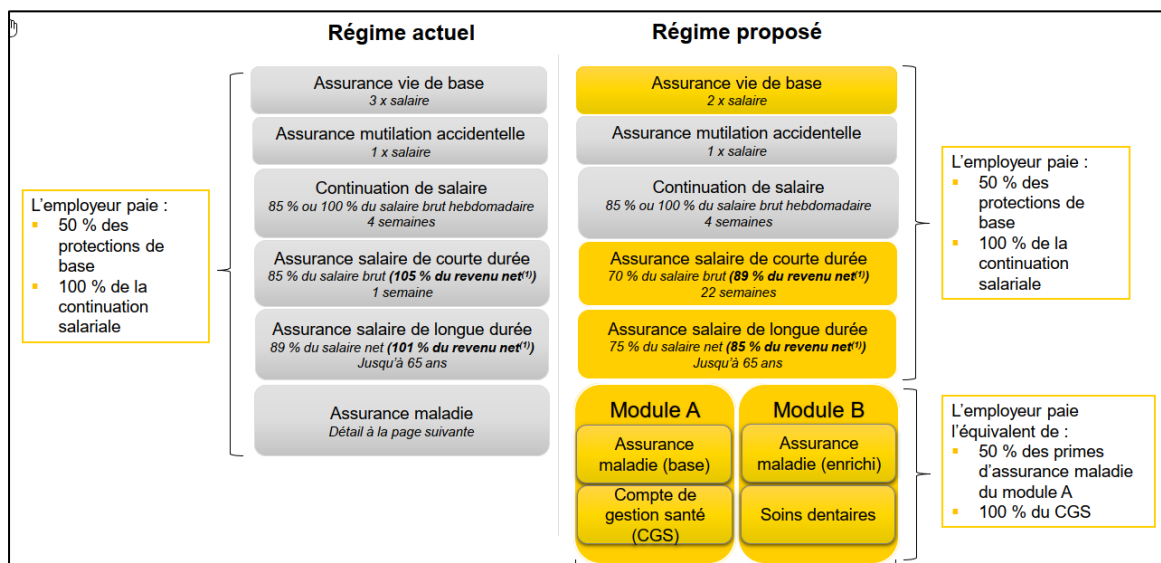
- Oui, les actuaires de Normandin Beaudry ont été informés. Nous n'avons pas considéré la continuation de salaire dans le partage 50 % - 50 % actuel, mais il a été ajouté dans le tableau des coûts pour mieux comprendre les coûts globaux de l'invalidité. La continuation salariale a toutefois été enlevée dans les tableaux présentés en annexe du présent document.

22. Partage des coûts entre l'Université et les employés

Nous sommes incapables de reconstituer le partage de la prime entre l'Université et les employés pour le régime actuel. Quels sont précisément les éléments compris dans le calcul du partage de la prime entre l'Université (24,16 millions \$) et les employés (22,01 millions \$) pour le régime actuel ? À l'exception de la continuation salariale, le partage des coûts pour le nouveau régime proposé sera-t-il calculé de la même manière que pour le régime actuel ? Les coûts du nouveau régime proposé ont-ils été validés avec Manuvie et avec Desjardins Assurances ? Est-ce que les coûts estimés pour le CGS tiennent compte des frais d'administration de l'assureur et des taxes ?

- Deux tableaux supplémentaires ont été produits (voir annexe) en simulant 100 % des employés dans le module A et ensuite 100 % dans le module B pour vous aider à mieux comprendre. La part Employeur se calcule bien dans le tableau présentant 100 % des employés dans le module A (50 % de tout, sauf 100 % du CGS pour la part employeur).

Pour le partage des coûts, l'encadré ci-dessous décrit bien la structure qui demeure similaire. La différence est pour l'assurance maladie, le 50 % est basé sur le module A pour tous les employés et l'employeur paie 100 % du CGS.



Les coûts en invalidité ont été validés avec Desjardins puisque les modifications proposées nécessitent des calculs actuariels complexes. En ce qui concerne l'assurance maladie et les soins dentaires (Manuvie), les calculs actuariels nécessaires ne nécessitent pas une révision de l'assureur. Une validation de Manuvie pourra être demandée si le projet va de l'avant.

Les coûts du CGS comprennent les taxes et les frais d'administration, selon une hypothèse d'utilisation conservatrice de 85 %.

23. Répartition et tarification des modules A et B

Sur la base des coûts actuels, et en supposant une répartition à 50 % entre les deux modules, on obtient une réduction des coûts en assurance accident maladie de 1,65 millions \$ (soit 14,2 %) avec le Module A et une augmentation de 350 000 \$ (soit 3 %) avec le Module B. Selon les projections effectuées, cet écart entre les deux modules sera-t-il maintenu d'année en année ? Pourrions-nous obtenir une estimation des coûts en supposant une répartition de 20 % pour le Module A et de 80 % pour le Module B ? Des tests de sensibilité ont-ils été effectués quant au partage des coûts en assurance accident maladie entre le Module A et le Module B ? Comment sera établie la tarification au renouvellement pour chacun des modules ?

- Afin de bien illustrer le fonctionnement du partage des coûts, nous avons produit le détail avec 100 % des employés dans le module A.

Nous n'avons pas effectué de tests de sensibilité puisque le partage de coûts est défini par employé et la résultante globale reflétera au final le choix réel des employés entre les modules A et B. Peu importe les tests de sensibilité, l'employeur investit toujours le même montant, soit 1 885 000 \$.

La tarification du régime proposé serait analysée annuellement sous un principe de tarification horizontale afin de bien refléter les variations de coûts par type de soins et la valeur relative d'un module par rapport à l'autre. Dans ce type d'analyse, les médicaments par exemple, qui sont autant présents dans le module A que le module B, obtiendraient le même ajustement relatif.

24. Personnes exemptées

Combien y avait-il de personnes exemptées au 1^{er} juin 2022 ? Ce nombre représente quel pourcentage des salariés admissibles ? Quelles sont les hypothèses retenues quant au taux d'adhésion des personnes exemptées au nouveau régime proposé ?

- En date du 31 mai 2022 : 6 701 participants actifs pour un potentiel de 8 926
Taux d'exemption de 24,9 %
- En date du 31 mai 2022 : 863 participants retraités pour un potentiel de 1 053
Taux exemption de 18 %
- Au total : 7 564 participants (certificat) sur un potentiel de 9 979
Taux exemption de 24,2 %

Nous n'avons pas appliqué d'hypothèses de taux d'adhésion au nouveau régime proposé. L'employeur est prêt à assumer les nouveaux coûts qui découleraient de la réadhésion des personnes exemptées, même si ceux-ci pourraient être importants.

25. Optimisation fiscale

Pourrions-nous obtenir des renseignements additionnels sur l'impact fiscal du nouveau régime proposé en comparaison du régime actuel : Quant au partage des coûts entre l'Université et les employés ? Quant à l'avantage imposable attribuable aux primes payés annuellement par les employés en supposant un salaire brut de 40 000 \$, de 80 000 \$ et de 120 000 \$

- Dans le régime actuel, une grande partie de la prime de l'employeur est consacrée à l'assurance-médicament. Le tableau suivant présente le statut fiscal des primes et la répartition des primes de l'employeur (en 2017) dans le régime actuel. Nous avons utilisé un tableau de 2017 car il était disponible rapidement, mais les chiffres ne devraient pas avoir beaucoup changés pour 2022.

Avantage imposable	Fédéral	Provincial	Répartition de la prime (part de l'employeur)
Salaire courte durée	NON	NON	4,00 %
Salaire longue durée	NON	NON	0,00 %
Assurance accident-maladie	NON	OUI	93,30 %
Assurance vie	OUI	OUI	2,40 %
Assurance mutilation	OUI	OUI	0,30 %

Dans le nouveau régime, une proportion plus importante des primes de l'employeur sera consacrée à l'assurance salaire courte-durée, car le volume de prime passera de 760 000 \$ à 6 680 000 \$. De manière globale pour l'ensemble des employés, une somme de 5 920 000 \$ supplémentaire de prime pourra dorénavant être payable par l'employeur et ne dégager aucun avantage imposable.

De manière individualisée, pour un employé ayant un salaire brut de 80 000 \$, les avantages imposables annuels avec le régime actuel et le régime proposé (module A) sont les suivants :

Statut individuel :

- Avantages imposables au provincial
 - Régime actuel : 2 074 \$
 - Régime proposé : 1 652 \$
- Avantages imposables au fédéral
 - Régime actuel : 4 \$
 - Régime proposé : aucun

Statut exempté :

- Avantages imposables au provincial et fédéral
 - Régime actuel : 299 \$
 - Régime proposé : 222 \$

ATTESTATION DE NORMANDIN BEAUDRY

Pourrions-nous obtenir une attestation écrite des actuaires de chez Normandin Beaudry quant à la fiabilité des chiffres présentés à la Table réseau de négociation le 6 octobre 2022 ? De l'avis des actuaires de chez Normandin Beaudry, le nouveau régime proposé permettra-t-il à l'Université de payer au moins 50 % des coûts des régimes d'assurances collectives sur un horizon temporel de dix ans ?

Réponse de Normandin Beaudry :

Nous attestons la fiabilité des chiffres présentés à la Table réseau de négociation du 6 octobre dernier.

Le partage des coûts actuel est d'environ 47 % employeur. Cela est causé par l'invalidité de longue durée non imposable qui doit être payée par les employés. Le régime proposé en supposant une répartition 50/50 entre les modules ramène la portion employeur à 51 %. Ce facteur évoluera sur un horizon temporel de dix ans selon les choix propres à chaque employé qui influenceront le coût global du régime au fil du temps.

ANNEXE - UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

PROPOSITION PATRONALE EXPLORATOIRE POUR UNE BONIFICATION DU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Financement du régime proposé - Détail des coûts en incluant la bonification de la part employeur

- Supposant une répartition à 50 % dans le **module A** (sans impact sur le coût de l'employeur)

	Prime annuelle actuelle (taux au 1 ^{er} juin 2021)	Régime proposé (excluant le renouvellement au 1 ^{er} juin 2022)		
		Prime annuelle	Variation (% / \$)	
Assurance vie de base	2 950 000 \$	2 180 000 \$	-26,1 %	(770 000 \$)
Assurance MA	50 000 \$	50 000 \$	0,0 %	0 \$
Invalité de courte durée	760 000 \$	6 680 000 \$	778,9 %	5 920 000 \$
Invalité de longue durée	14 620 000 \$	7 240 000 \$	-50,5 %	(7 380 000 \$)
Sous-total	18 380 000 \$	16 150 000 \$	-12,1 %	(2 230 000 \$)
		Module A	Module B	
Assurance maladie	23 220 000 \$	9 960 000 \$	11 960 000 \$	-5,6 % (1 300 000 \$)
Compte de gestion santé / Soins dentaires	0 \$	1 720 000 \$	2 390 000 \$	s.o. 4 110 000 \$
Sous-total	23 220 000 \$	26 030 000 \$	12,1 %	2 810 000 \$
Total	41 600 000 \$	42 180 000 \$	1,4 %	580 000 \$
Université du Québec	19 590 000 \$	21 475 000 \$	9,6 %	1 885 000 \$
Employés	22 010 000 \$	20 705 000 \$	-5,9 %	(1 305 000 \$)

- Supposant une répartition à 100 % dans le **module A** (sans impact sur le coût de l'employeur)

	Prime annuelle actuelle (taux au 1 ^{er} juin 2021)	Régime proposé (excluant le renouvellement au 1 ^{er} juin 2022)		
		Prime annuelle	Variation (% / \$)	
Assurance vie de base	2 950 000 \$	2 180 000 \$	-26,1 %	(770 000 \$)
Assurance MA	50 000 \$	50 000 \$	0,0 %	0 \$
Invalidité de courte durée	760 000 \$	6 680 000 \$	778,9 %	5 920 000 \$
Invalidité de longue durée	14 620 000 \$	7 240 000 \$	-50,5 %	(7 380 000 \$)
Sous-total	18 380 000 \$	16 150 000 \$	-12,1 %	(2 230 000 \$)
		Module A	Module B	
Assurance maladie	23 220 000 \$	19 920 000 \$	0 \$	-14,2 % (3 300 000 \$)
Compte de gestion santé / Soins dentaires	0 \$	3 440 000 \$	0 \$	s.o. 3 440 000 \$
Sous-total	23 220 000 \$	23 360 000 \$	0,6 %	140 000 \$
Total	41 600 000 \$	39 510 000 \$	-5,0 %	(2 090 000 \$)
Université du Québec	19 590 000 \$	21 475 000 \$	9,6 %	1 885 000 \$
Employés	22 010 000 \$	18 035 000 \$	-18,1 %	(3 975 000 \$)

- Supposant une répartition à 100 % dans le **module B** (sans impact sur le coût de l'employeur)

	Prime annuelle actuelle (taux au 1 ^{er} juin 2021)	Régime proposé (excluant le renouvellement au 1 ^{er} juin 2022)		
		Prime annuelle		Variation (% / \$)
Assurance vie de base	2 950 000 \$	2 180 000 \$		-26,1 % (770 000 \$)
Assurance MA	50 000 \$	50 000 \$		0,0 % 0 \$
Invalidité de courte durée	760 000 \$	6 680 000 \$		778,9 % 5 920 000 \$
Invalidité de longue durée	14 620 000 \$	7 240 000 \$		-50,5 % (7 380 000 \$)
Sous-total	18 380 000 \$	16 150 000 \$		-12,1 % (2 230 000 \$)
		Module A	Module B	
Assurance maladie	23 220 000 \$	0 \$	23 960 000 \$	3,2 % 740 000 \$
Compte de gestion santé / Soins dentaires	0 \$	0 \$	4 790 000 \$	s.o. 4 790 000 \$
Sous-total	23 220 000 \$	28 750 000 \$		23,8 % 5 530 000 \$
Total	41 600 000 \$	44 900 000 \$		7,9 % 3 300 000 \$
Université du Québec	19 590 000 \$	21 475 000 \$		9,6 % 1 885 000 \$
Employés	22 010 000 \$	23 425 000 \$		6,4 % 1 415 000 \$