

INFO Bulletin

www.inalco.com

INDUSTRIELLE ALLIANCE
 ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

Bulletin d'information destiné aux administrateurs de régimes d'assurance collective et aux conseillers en avantages sociaux

LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS TOUJOURS EN HAUSSE EN 2006

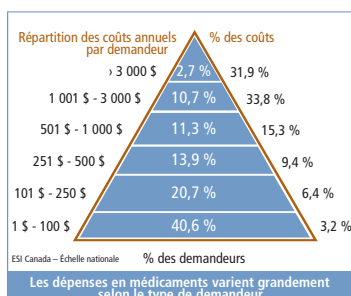
Au Canada, la consommation moyenne de médicaments par demandeur est passée de 573 \$ en 2005 à 621 \$ en 2006, selon un rapport récemment publié par ESI Canada¹. La consommation moyenne de médicaments de 2006 représente le double de celle de 2000.

Quels sont les facteurs clés sous-jacents à l'augmentation constante de la consommation de médicaments? Dans cet article, nous vous présentons un sommaire de l'analyse faite par ESI Canada et des conclusions proposées.

Facteurs alimentant les tendances en matière de médicaments

L'utilisation, les coûts des ingrédients et les honoraires professionnels forment les trois composantes des tendances en matière de médicaments. Chacune de ces composantes contribue en partie à l'augmentation de la consommation de médicaments observée en 2006.

- L'utilisation représente 36 % de l'augmentation totale. La prévalence (plus de participants admissibles effectuant des demandes) et l'intensité (plus d'ordonnances par demandeur) sont les facteurs qui alimentent la hausse de l'utilisation;
- Les coûts des ingrédients représentent 57 % de l'augmentation totale. L'intérêt accru pour des médicaments nouveaux et plus coûteux explique en bonne partie l'augmentation des coûts des ingrédients;
- Les honoraires professionnels représentent les 7 % restant de l'augmentation totale. Les honoraires professionnels sont facturés par les pharmaciens lorsque ces derniers fournissent les médicaments d'ordonnance. Les honoraires moyens remboursés par les compagnies d'assurance en 2006 s'élevaient à 8,14 \$, comparativement à 7,83 \$ en 2005.



Facteurs démographiques et prévalence des maladies

La consommation de médicaments varie par provinces, par groupes d'âge et par types de demandeurs. Les données de ESI Canada indiquent que l'Ontario (650 \$) et le Québec (610 \$) montrent les consommations moyennes par demandeur les plus élevées au Canada.

C'est sans surprise que l'on constate que l'âge est un facteur important à considérer. À plus de 1 200 \$, le montant moyen dépensé dans le groupe des 56-65 ans représente le double de celui dépensé dans le groupe des 36-45 ans.

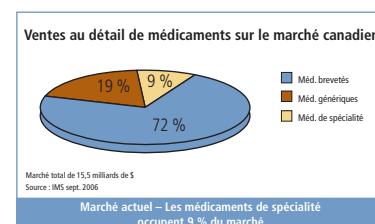
La pyramide ci-dessus montre la répartition des demandeurs en fonction de leur consommation annuelle de médicaments.

Seulement 13 % des demandeurs dépensent plus de 1 000 \$ annuellement pour des médicaments. Toutefois, leurs demandes de règlement représentent presque 66 % des coûts totaux. On présume que, parmi les 2,7 % des demandeurs qui figurent dans la partie supérieure de la pyramide, se trouvent des individus souffrant de maladies chroniques sérieuses, tels l'arthrite rhumatoïdale, la sclérose en plaques et le cancer.

Autres facteurs affectant les tendances

Deux autres facteurs doivent être considérés lorsque l'on analyse les tendances en matière de consommation de médicaments : les politiques gouvernementales et le développement des médicaments de spécialité.

- Les politiques gouvernementales et les changements législatifs visant à gérer les coûts du régime public ont souvent pour résultat le transfert des coûts vers le secteur privé. Les changements récents aux politiques de remboursement des gouvernements, les responsabilités accrues dévolues aux pharmaciens et l'ouverture d'un nombre croissant de « cliniques d'infusion » privées comptent parmi les changements qui ont et qui continueront d'avoir un impact sur le secteur privé au cours des prochaines années;
- Des médicaments de spécialité sont présentement fabriqués par les compagnies pharmaceutiques afin d'offrir pour certaines maladies précises des options de traitement qui n'étaient pas auparavant disponibles. Les médicaments oraux contre le cancer, tels Gleevec et Tarceva, sont des exemples de ces médicaments de spécialité nouveau genre. Ces médicaments ne ressemblent à aucun des médicaments existants et sont beaucoup plus dispendieux. La part de marché qu'ils occupent croît plus rapidement que celle occupée par les médicaments d'origine ou génériques traditionnels.



Conclusion

Le rapport se termine en proposant quelques mesures pouvant être mises de l'avant afin d'aider à contrôler le coût croissant des médicaments. Chacune de ces mesures cible un facteur de tendance :

- **Utilisation** : une façon d'obtenir l'utilisation la plus efficace est d'avoir des renseignements exacts et à jour concernant la couverture du conjoint afin de s'assurer d'appliquer correctement la coordination des prestations lors du règlement des demandes;
- **Coûts des ingrédients** : les incitatifs à la substitution générique, lorsqu'elle fait partie des caractéristiques du régime, sont un bon moyen de réduire la consommation de médicaments d'origine plus dispendieux;
- **Honoraires professionnels** : ils varient de façon significative d'une pharmacie à l'autre. Il est dans certains cas possible d'introduire dans le régime un plafond pour les honoraires professionnels afin de s'assurer que ceux-ci demeurent « raisonnables ». L'établissement d'un prix « usuel et coutumier » pour les médicaments est une autre façon d'obtenir un résultat similaire.

Les administrateurs de régime qui désirent avoir plus de renseignements sur le contrôle du coût des médicaments peuvent communiquer avec leur conseiller en avantages sociaux ou leur conseiller de l'Industrielle Alliance. Ils peuvent également visiter le site Internet de ESI Canada à l'adresse www.esi-canada.com afin d'obtenir plus de renseignements sur les médicaments et les tendances en matière de médicaments.

¹ ESI Canada, Rapport de ESI Canada sur les tendances en matière de médicaments en 2006, 2007. ESI Canada travaille de concert avec l'Industrielle Alliance pour fournir des services de gestion en pharmacie. Le Rapport sur les tendances en matière de médicaments se fonde sur 60 millions de demandes de règlement en pharmacie provenant de 6 millions de Canadiens couverts par des compagnies d'assurance.



LA FRAUDE : UN ENJEU IMPORTANT

Alors que les coûts liés aux demandes de règlement d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires ne cessent d'augmenter, la fraude devient un sujet d'inquiétude croissant pour les preneurs de régimes, les conseillers en avantages sociaux et les assureurs.

En Amérique du Nord, on estime qu'entre 5 % à 15 % de chaque dollar remboursé en assurance maladie est perdu pour cause de fraude. Au Canada, les coûts liés à la fraude sont évalués à plus de 12 milliards de dollars par année.

Comment reconnaître la fraude en assurance

Il y a fraude lorsque de l'information est délibérément dissimulée ou faussement présentée afin d'obtenir le remboursement d'une demande de règlement d'assurance dont profitera financièrement un demandeur, un fournisseur de services ou une toute autre partie. Quiconque profite en connaissance de cause d'une telle action, directement ou indirectement (en recevant une partie de la somme), est considéré comme partie prenante de la fraude.

Catégories de fraude et d'abus

La plupart des cas de fraudes peuvent être classés dans les catégories générales suivantes :

- **Pratiques de facturation frauduleuses ou abusives**

Cette catégorie comprend notamment les fournisseurs de services de soins de santé qui facturent des services non rendus ou qui facturent incorrectement des services rendus. Certaines pratiques de facturation inappropriées auxquelles ont recours certains hôpitaux et qui consistent à facturer un patient pour une chambre privée ou une chambre semi-privée réservée mais jamais occupée par celui-ci font également partie de cette catégorie.

- **Ordonnances frauduleuses ou abusives**

Ce type de fraude se produit lorsqu'une ordonnance est faite pour un service ou des appareils médicaux non nécessaires ou lorsqu'une ordonnance est falsifiée afin de permettre à un fournisseur d'être payé pour des services ou des appareils qui ne sont pas requis sur le plan médical. Fournir à un patient hospitalisé une chambre privée ou semi-privée qu'il n'a pas demandée, ou pour laquelle l'hôpital doit payer en raison de la nature du traitement, fait également partie de cette catégorie.

- **Faux documents, fausses déclarations et dissimulation d'information**

Les faux documents prennent généralement deux formes : les faux reçus ou les reçus valides ayant été modifiés. Les fausses déclarations et la dissimulation d'information sont le plus souvent associées aux fraudes liées aux demandes de règlement d'assurance invalidité. Voici quelques exemples faisant partie de cette catégorie :

- Fausse déclaration des limitations et des restrictions;
- Omission volontaire de déclarer d'autres sources de revenus;
- Omission volontaire de déclarer des activités liées à l'emploi, rémunérées ou non; et
- Falsification ou modification de documents présentés à l'appui de la demande de règlement.

Mesures mises de l'avant par l'industrie

Les assureurs considèrent la fraude comme un enjeu important au sein de l'industrie qui affecte négativement la performance financière de leurs clients. La formation des employés, le développement des services d'audit, le soutien de la *Canadian Health Care Anti-fraud Association* (CHCAA) comptent parmi les mesures mises de l'avant par l'industrie afin de contrer la fraude.

L'Industrielle Alliance se penche sur cette problématique depuis un certain temps et a mis sur pied une équipe spéciale chargée de surveiller les secteurs névralgiques où la fraude peut se produire, et d'agir au besoin. Selon Marlene Ivay, coordonnatrice des Services d'audit à l'Industrielle Alliance, le travail entrepris s'intensifiera au cours des prochains mois :

« Nous prévoyons concentrer nos efforts sur des mesures proactives, telles la promotion des meilleures pratiques d'affaires auprès des fournisseurs de services et sensibiliser les preneurs de régimes au problème de la fraude », explique-t-elle. « Nous allons également continuer de travailler en partenariat avec l'industrie dans le but de nous pencher sur cet enjeu. L'objectif ultime de tous nos efforts est de protéger l'investissement de nos clients chez l'Industrielle Alliance et d'éviter qu'une minorité abuse du système au détriment de la majorité. »

Que peuvent faire les preneurs de régimes et les participants?

Les preneurs de régime peuvent aider à détecter et à prévenir la fraude de diverses façons. Une communication efficace contribue à sensibiliser les employés à la fraude, à son impact sur les coûts du régime et à ses implications juridiques. Une autre façon d'aider est de collaborer avec l'assureur lorsque les demandes de règlement d'un employé font l'objet d'une vérification.

Les preneurs de régimes et les participants assurés auprès de l'Industrielle Alliance peuvent communiquer avec nos services d'audit au 1 866 789 3938 ou envoyer un courriel à l'adresse ia_audit_services@inalco.com s'ils soupçonnent que des activités frauduleuses en lien avec leur régime ont lieu. Ce service est totalement confidentiel et anonyme si l'appelant le désire.

À propos de l'Industrielle Alliance

L'INFO Bulletin est publié par l'Industrielle Alliance.

L'Industrielle Alliance figure parmi les plus solides institutions financières au pays et exerce un leadership incontestable dans les domaines de l'assurance et des services financiers. Présente partout au Canada, l'Industrielle Alliance contribue au mieux-être financier de plus de 3 millions de Canadiens et de Canadiennes et gère et administre un actif de 50 milliards de dollars, ce qui en fait la cinquième plus importante société d'assurance de personnes au Canada.