

BULLETIN

Numéro 19

Poste-publications de la convention no 40048697

Septembre 2006

Résultats financiers du régime

En 2005, le RSSFP a offert encore une fois une excellente protection à ses membres. En effet, une somme impressionnante de 546,4 millions de dollars a été versée aux membres en remboursement des frais qu'ils ont engagés et ceux de leurs personnes à charge. Il s'agit d'une hausse de 7,9 % par rapport aux chiffres de 2004. Plus de 400 000 membres ont présenté au total 2,2 millions de demandes de règlement portant sur près de 12,3 millions de produits et de services admissibles (médicaments, lunettes, services de professionnels de la santé, etc.).

Bien entendu, nous devons assumer ces coûts. Vos cotisations au régime et celles versées par le gouvernement du Canada, accrues des intérêts, n'ont pas été suffisantes pour couvrir les coûts totaux du régime. Nous avons affiché à la fin de l'année un déficit de 9,06 millions de dollars. Conformément à l'entente de fiducie, le Conseil du Trésor du Canada a fourni des fonds supplémentaires à la Fiducie pour combler ce déficit.

Voyons maintenant de plus près certains des principaux résultats.

Comprendre les règlements effectués

Remboursement moyen de 1 023 \$



696 \$



116 \$



85 \$



67 \$

59 \$

Comme nous l'avons déjà mentionné, les frais remboursés se chiffrent à 546,4 millions de dollars. Sur ce montant, 534,7 millions de dollars ont été remboursés en vertu de la protection supplémentaire. La protection supplémentaire, qui est offerte aux personnes admissibles protégées par un régime d'assurance-santé provincial ou territorial, couvre 99 % des membres et compte pour 98 % des règlements effectués au titre du régime. En tenant compte du nombre total de membres, cela représente un remboursement moyen par membre de 1 023 \$ au titre de la protection supplémentaire. Il s'agit d'une hausse de 6 % par rapport à l'année précédente. Précisons que le montant annuel moyen des frais remboursés par membre était de 703 \$ en 2000. Tous les montants moyens sont calculés en fonction du nombre moyen pondéré de membres par trimestre.

Le RSSFP rembourse les frais engagés pour un grand nombre de produits et de services différents, et il reconnaît que les besoins de nos membres ne sont pas tous les mêmes. Il n'y a aucun doute que les frais liés aux médicaments sur ordonnance représentent la plus grande part des règlements effectués dans le cadre du régime. L'illustration à gauche présente le remboursement moyen de 1 023 \$ par membre, décomposé selon les principaux éléments s'inscrivant dans les coûts du régime.

- 696 \$ pour les médicaments sur ordonnance;
- 116 \$ pour les services de professionnels de la santé;
- 85 \$ pour les frais divers, comme les prothèses auditives, les frais d'ambulance, les articles pour diabétiques, les frais engagés à l'extérieur de la province, etc.;
- 67 \$ pour les soins de la vue;
- 59 \$ pour le logement et la pension dans une chambre d'hôpital.

TABLE DES MATIÈRES

Résultats financiers du régime...

Délais de traitement des demandes de règlement...

Renseignements sur les nouveaux avantages...

Soins de la vue...

Cession des prestations...

Nouveau livret du RSSFP...

(suite sur la prochaine page)

Comprendre les règlements effectués... (suite de la page précédente)

Comme vous le constatez, les frais de médicaments sur ordonnance représentent 68 % de tous les règlements effectués et sont, de loin, les frais qui font le plus fréquemment l'objet d'un remboursement. Il est intéressant de noter que le montant remboursé par le régime pour des frais de médicaments sur ordonnance a presque doublé depuis 2000, passant de 199 millions de dollars en 2000 à 363,5 millions de dollars en 2005, soit une augmentation de 83 %. En fait, jusqu'à 2005, les frais de médicaments sur ordonnance ont formé la catégorie des frais couverts par le régime qui a connu la croissance la plus rapide sur une base annuelle. L'année 2005 a été la première année depuis longtemps où le taux de croissance des coûts associés au règlement des frais de médicaments sur ordonnance était inférieur à 10 % – soit 7,3 % par

rapport aux hausses se chiffrant entre 11,9 % et 20,1 % qui ont été enregistrées au cours des sept années précédentes.

Les frais de médicaments de la catégorie regroupant les médicaments cardiovasculaires (par ex. Altace, Lipitor) ont représenté le plus important remboursement effectué durant l'année; les frais remboursés pour cette catégorie de médicaments se sont élevés à plus de 100 millions de dollars. En fait, les frais engagés pour ces médicaments et pour les médicaments de la catégorie regroupant les agents du système nerveux central (par ex. Effexor, Celebrex) ont représenté plus de 47 % de tous les frais de médicaments remboursés – plus de 173 millions de dollars ont été versés en règlement pour ces deux catégories de médicaments.

La très grande utilisation de la couverture des frais de médicaments, tant sur le plan des sommes remboursées que sur le plan du nombre de médicaments ayant fait l'objet d'une demande de règlement, est l'une des principales raisons pour lesquelles les parties concernées par l'entente de fiducie (soit le Conseil du Trésor du Canada, les agents négociateurs et l'Association nationale des retraités fédéraux) ont récemment accepté d'inclure au régime une carte-médicaments, qui, nous l'espérons, entrera en vigueur d'ici 2008. Il s'agit également d'un facteur important ayant motivé la décision des parties d'offrir, à compter du 1^{er} avril 2006, une protection supplémentaire aux membres qui doivent assumer des coûts de médicaments sur ordonnance exceptionnellement élevés.

D'autres catégories de frais répondent aux besoins des membres

En plus des médicaments, le régime couvre aussi une grande variété de produits et de services médicaux. L'illustration à la page précédente affichait en détail le remboursement moyen par membre, montrant ainsi les principales catégories de frais utilisées dans le cadre du régime. Ci-dessous, vous trouverez les sommes remboursées en 2005 pour chaque catégorie au titre de la protection supplémentaire, totalisant 534,7 millions de dollars. À titre indicatif, les résultats de 2004 et les taux de croissance (%) par rapport à 2004 sont également inscrits.

	2005 (en millions de dollars)	2004 (en millions de dollars)	%
Médicaments sur ordonnance	363,5 \$	338,8 \$	7,3 %
Professionnels de la santé	60,7 \$	55,3 \$	9,8 %
Frais divers (prothèses auditives, articles pour diabétiques, etc.)	44,4 \$	42,2 \$	5,2 %
Soins de la vue	35,0 \$	28,7 \$	22,0 %
Logement et pension dans une chambre d'hôpital	31,0 \$	30,9 \$	0,3 %

Les services de professionnels de la santé représentent la deuxième plus importante catégorie de frais remboursés par notre régime, comptant pour 11 % des règlements effectués. Soulignons que les services de chiropraticiens, de physiothérapeutes et de psychologues combinés représentent plus de 71 % (ou 43,3 millions de dollars) de tous les frais remboursés dans cette catégorie.

(suite sur la prochaine page)

Renseignements sur l'utilisation

Une proportion de 78 % des personnes participant au régime, soit 413 138 membres ont présenté au moins une demande de règlement durant l'année, pour un total de près de 2,2 millions de demandes portant sur 12,3 millions de services différents (médicaments, lunettes, services de professionnels de la santé, etc.). La catégorie des frais de médicaments couvre à elle seule plus de 9,5 millions de services! Près de 120 000 membres n'ont pas présenté de demandes de règlement en 2005. Le rapport entre les demandeurs et les demandes présentées varie aussi considérablement. Par exemple, 52 237 membres (13 % des demandeurs) ont présenté dans l'année 882 704 demandes au total (41 % de toutes les demandes), une moyenne d'environ 17 demandes par demandeur.

En fait, année après année, le nombre moyen de demandes présentées et le nombre moyen de services pour lesquels des frais ont été engagés ont augmenté de façon constante. Tandis que le nombre moyen de demandes présentées au titre de la protection supplémentaire a atteint 4,1 demandes par membre, une hausse

de 3 % par rapport à 2004 et de 31 % par rapport à 2000, le nombre de services par membre s'est chiffré à 23,4, une hausse de 3 % par rapport à 2004 et de 24 % par rapport à 2000.

Ces facteurs contribuent manifestement à accroître les coûts du régime.



Quelques points saillants...

- Le coût total du régime a atteint 573,1 millions de dollars, une augmentation de 7,9 % par rapport à 2004, occasionnant un déficit de 9,06 millions de dollars;
- Le montant moyen du remboursement par membre au titre de la protection supplémentaire a augmenté de 6 % en 2005, passant de 963 \$ à 1 023 \$;
- Les médicaments sur ordonnance continuent de représenter la plus grande portion des frais remboursés, soit 68 % des règlements effectués;
- 413 138 membres (78 %) ont présenté au moins une demande de règlement durant l'année;
- Les membres ont présenté près de 2,2 millions de demandes de règlement portant sur près de 12,3 millions de services différents (médicaments, lunettes, services de professionnels de la santé, etc.);
- En moyenne, les membres ont présenté 4,1 demandes et ils ont engagé des frais couvrant 23,4 services;
- Le taux de participation au régime a augmenté de 1,8 % en 2005, et de 12 % depuis 2000.

Participation au régime

Le nombre croissant de membres fait également en sorte d'accroître les coûts du régime. Une hausse de près de 2 % du nombre de membres, soit 9 397 membres, a été enregistrée en 2005, portant ainsi à 531 642 le nombre total de membres couverts au titre du régime le 31 décembre 2005. Depuis 2000, le taux de participation s'est accru de 12 %, soit près de 57 000 membres. Le groupe des employés, dont le nombre a augmenté de 21 % depuis 2000, a connu une plus forte augmentation que le groupe des pensionnés, dont le nombre a augmenté de 7 % sur la même période.



Délai de traitement des demandes de règlement

Le traitement de vos demandes de règlement dans un délai raisonnable est important pour la Fiducie du RSSFP. Celle-ci est heureuse de vous annoncer que les retards occasionnés pour certains membres lors du traitement de leurs demandes de règlement pendant les mois de mai, juin et juillet sont maintenant chose du passé. En effet, depuis le mois d'août, le délai de traitement est en moyenne très court et bien en-deçà de la norme établie dans le contrat, soit un délai de neuf jours.

Si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements sur les facteurs qui ont causé ces retards et sur les solutions qui ont été mises en place en vue de régler la situation, nous vous

invitons à lire l'avis que nous avons publié en juillet 2006 sur le site Web du RSSFP, à l'adresse www.fiducierssfp.ca.

Afin que l'administrateur du régime puisse traiter votre demande de façon plus efficace, assurez-vous de remplir chaque section du formulaire de demande de règlement et d'y joindre tous les reçus originaux. N'oubliez pas de signer le formulaire! C'est très important.

La Fiducie et l'administrateur du régime souhaitent exprimer tous leurs regrets aux membres pour qui ces retards ont pu causer des soucis ou des difficultés.



Renseignements sur les nouveaux avantages

Le numéro du mois de mars 2006 du Bulletin RSSFP énonçait d'importants changements apportés au régime à compter du 1^{er} avril 2006. Certains de ces changements ne sont pas toujours faciles à communiquer. C'est pourquoi nous profitons de l'occasion pour vous fournir des renseignements supplémentaires sur deux des nouveaux avantages qui ont été mis en place le 1^{er} avril 2006.

Coordination des prestations entre les membres du RSSFP

Avant le 1^{er} avril 2006, vous n'aviez pas la possibilité de coordonner vos prestations avec un autre membre du RSSFP, puisque vous ne pouviez pas être couvert à la fois comme membre et comme personne à charge. Désormais, si vous et votre conjoint êtes tous deux admissibles en vertu du RSSFP et que vous choisissez tous deux la protection familiale, chacun de vous peut couvrir l'autre, et ainsi coordonner vos prestations et vous faire rembourser jusqu'à 100 % des frais admissibles engagés.

Comment faire?

Tout d'abord, si vous souhaitez tirer pleinement profit de la coordination des prestations, vous devez vous assurer que vous détenez tous deux votre propre numéro de certificat et que vous bénéficiez de la protection familiale.

Lorsque vous présentez des demandes de règlement, chacun de vous doit remplir et signer un formulaire de demande de règlement distinct sur lequel doivent être inscrits les frais engagés pour son propre compte. Les frais engagés pour vos enfants à charge admissibles doivent être inscrits sur le formulaire du parent qui célèbre son anniversaire de naissance (jour/mois) le premier dans l'année (si les parents ont la même date de naissance, les frais doivent être inscrits sur le formulaire du parent dont le prénom commence par la lettre qui vient en premier dans l'alphabet).

Enfin, vous devez signer et dater les formulaires, y joindre les reçus originaux et envoyer le tout **dans la même enveloppe** à la Sun Life, qui traitera les deux demandes et veillera à appliquer la coordination des prestations de façon appropriée. Vous et votre conjoint recevrez ensuite chacun un chèque, couvrant les frais admissibles selon votre numéro de certificat de même que tout montant remboursable en vertu de la coordination des prestations.

Afin que vos prestations soient coordonnées, il est très important que vous remplissiez chacun un formulaire de demande de règlement et que vous utilisiez votre propre numéro de certificat. **N'oubliez pas de remplir la section du formulaire consacrée à la coordination des prestations.** Si vous oubliez d'envoyer les deux formulaires en même temps, joignez tout simplement au deuxième formulaire

(suite sur la prochaine page)

Renseignements sur les nouveaux avantages... (suite de la page précédente)

une copie du relevé de prestations que vous a envoyé la Sun Life avec le règlement résultant de la première demande.

Afin de faciliter la coordination des prestations entre les membres du RSSFP, la Fiducie du RSSFP est à concevoir un nouveau formulaire de demande de règlement, qui comportera tous les renseignements nécessaires pour coordonner les prestations de façon efficace et commode pour les membres. Nous croyons que ce formulaire sera prêt au début de 2007.

Nous vous rappelons également que vous ne pouvez pas bénéficier de la coordination des prestations au titre du RSSFP si les frais ont été engagés avant le 1^{er} avril 2006 ou si les frais ont été engagés avant que la protection familiale des deux membres ne soit en vigueur.

Souhaitez-vous vous prévaloir de la coordination des prestations entre membres du RSSFP?

Si tel est le cas, vous devez d'abord vous rappeler que les deux membres doivent avoir opté pour la protection familiale. Pour demander la protection familiale, vous devez remplir un formulaire d'inscription, que vous pouvez vous procurer auprès du service de la paie et des avantages sociaux ou de votre service de pension, ou en ligne à l'adresse www.fiducierssfp.ca/francais/forms/default.shtml. Les employés actifs doivent envoyer leur formulaire signé au service de la paie et des avantages sociaux, tandis que les pensionnés doivent envoyer le leur au service de pension. Votre nouveau niveau de protection prendra effet trois mois après le mois au cours duquel l'agent désigné a reçu le formulaire.

Protection en cas de frais de médicaments élevés

La protection en cas de frais de médicaments élevés a pris effet le 1^{er} avril 2006, en vue d'offrir une couverture avantageuse aux membres qui doivent assumer des frais exceptionnellement élevés de médicaments sur ordonnance. Il n'est pas rare que des membres du RSSFP engagent 20 000 \$, 50 000 \$ ou plus de frais de médicaments annuellement.

Comme vous le savez déjà, le régime rembourse 80 % des frais de médicaments sur ordonnance admissibles. L'autre 20 % représente la quote-part du membre, qui n'est pas remboursée au titre du régime et qui

demeure la responsabilité du membre. En vertu de la nouvelle protection en cas de frais de médicaments élevés, une fois que vous avez déboursé de votre poche la somme de 3 000 \$ (excluant la franchise) au cours de l'année civile, pour des frais de médicaments sur ordonnance admissibles, engagés par vous ou les personnes à votre charge couvertes, le régime rembourse **100 % (au lieu de 80 %) des frais de médicaments additionnels** engagés au cours du reste de l'année civile en cause.

En conséquence, pour atteindre durant l'année civile la somme de 3 000 \$

que vous devez déboursier de votre poche (votre quote-part), vous devez engager au moins 15 000 \$ en frais de médicaments admissibles, excluant la franchise annuelle. N'oubliez pas que la Sun Life tient le registre des frais de médicaments admissibles que vous et les personnes à votre charge engagez. Dès que vous avez payé de votre poche la somme de 3 000 \$ (seuil de 15 000 \$ multiplié par 20 % = 3 000 \$), et que vous avez payé la franchise, les frais de médicaments admissibles que vous engagez durant le reste de l'année civile sont automatiquement remboursés à 100 %.

Voici des exemples des montants qui vous seraient remboursés en tenant compte de l'application de la protection en cas de frais de médicaments élevés, une fois la franchise annuelle payée. Le tableau indique également le montant à votre charge que vous devriez déboursier de votre poche :

Frais de médicaments engagés au cours d'une année civile donnée	Montant à déboursier de votre poche (20 % de la première tranche de 15 000 \$ de frais de médicaments)	Remboursement à 80 % de la première tranche de 15 000 \$ de frais de médicaments	Remboursement à 100 % des frais de médicaments excédant 15 000 \$	Remboursement total	Montant additionnel remboursé en vertu de la nouvelle protection en cas de frais de médicaments élevés
10 000 \$	2 000 \$	8 000 \$	Néant	8 000 \$	Néant
20 000 \$	3 000 \$	12 000 \$	5 000 \$	17 000 \$	1 000 \$
50 000 \$	3 000 \$	12 000 \$	35 000 \$	47 000 \$	7 000 \$

Soins de la vue

Tel qu'il a été indiqué dans le numéro du mois de mars du Bulletin RSSFP, la couverture pour les soins de la vue a été bonifiée à compter du 1^{er} avril 2006. Le maximum des frais admissibles pour l'achat ou la réparation de lunettes ou de lentilles cornéennes est passé de 200 \$ à 275 \$ par personne couverte. Par conséquent, une fois la franchise payée, le montant maximum du remboursement au titre du régime, qui était de 160 \$ (80 % de 200 \$), est maintenant de 220 \$ (80 % de 275 \$). Ce montant est remboursable toutes les deux années civiles. Il est **important de noter** que la période de deux ans commence chaque année impaire. La prochaine période commencera donc le 1^{er} janvier 2007.

Cette période de deux ans est-elle importante? Oui. Pour demander le remboursement de vos frais de lunettes ou de lentilles cornéennes pendant la nouvelle période de deux ans qui débutera le 1^{er} janvier 2007, ces frais **doivent avoir été engagés le 1^{er} janvier 2007 ou après cette date.**

Plus de précisions sur la couverture pour les soins de la vue

Les lunettes et les lentilles cornéennes doivent être nécessaires pour corriger la vision et elles doivent être obtenues sur l'ordonnance d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste.

La couverture pour les soins de la vue permet également aux membres de présenter, chaque période de deux ans commençant une année impaire, les frais qu'ils ont engagés pour un examen de la vue effectué par un optométriste. Une fois la franchise payée, le régime rembourse 80 % des frais habituels et raisonnables facturés pour un examen de la vue. Veuillez noter que la nouvelle période de deux ans commence le 1^{er} janvier 2007.

Le régime **ne couvre pas la chirurgie oculaire au laser** consistant à corriger la vue pour éliminer le recours à des aides visuelles comme des lunettes ou des lentilles cornéennes. Les opérations non remboursables comprennent notamment l'opération au laser Eximer, la kératectomie photoréfractive et le traitement au Lasik.

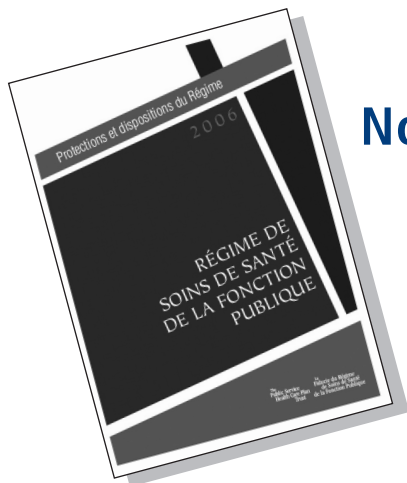
Veuillez vous reporter à votre livret ou au document du régime pour une description complète de la couverture pour les soins de la vue.

Cession des prestations

La cession des prestations, pratique en vertu de laquelle un membre cède à un fournisseur de services et produits toute prestation payable au titre des demandes de règlement présentées, n'est normalement pas autorisée dans le cadre du RSSFP.

Par le passé et dans certains cas, la cession des prestations a toutefois été permise lorsque le membre était dans une situation particulière ou difficile. Au cours des années, cette pratique est devenue de plus en plus courante, exposant ainsi le régime à des risques accrus de fraude et d'abus. À titre indicatif, voici la marche à suivre du régime en matière de cession des prestations:

- La cession des prestations est autorisée, le cas échéant, uniquement pour les frais d'hospitalisation, les frais engagés à l'extérieur du Canada et les frais de médicaments.
- La cession des prestations **n'est pas** autorisée pour tout autre service ou produit médical couvert par le RSSFP. Les demandes de règlement portant sur ces produits et services et pour lesquelles la cession des prestations aura été demandée seront retournées au membre et celui-ci devra présenter la demande de nouveau directement à la Sun Life.



Nouveau livret destiné aux membres du RSSFP

La Fiducie est heureuse de vous annoncer que le livret du RSSFP destiné aux membres sera mis à jour en vue d'inclure les nombreux changements qui ont été apportés au régime le 1^{er} avril 2006.

Le nouveau livret devrait être distribué au cours des mois d'octobre et de novembre 2006. Vous aurez alors

l'occasion de vous familiariser davantage sur la protection avancée que vous offre le RSSFP, à vous et aux personnes à votre charge. Entre-temps, vous pouvez accéder au site Web de la Fiducie à l'adresse www.fiducierssf.ca pour obtenir les renseignements les plus à jour.

Le **Bulletin RSSFP** est publié par la fiducie du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) pour vous informer sur la gestion et les garanties de votre régime de soins de santé.

Retourner toute correspondance ne pouvant être livrée au Canada à : 1201-99, rue Bank, Ottawa (ON) K1P 5A3

