

# BULLETIN

Numéro 16

Poste-publications de la convention no 40048697

Juin 2005

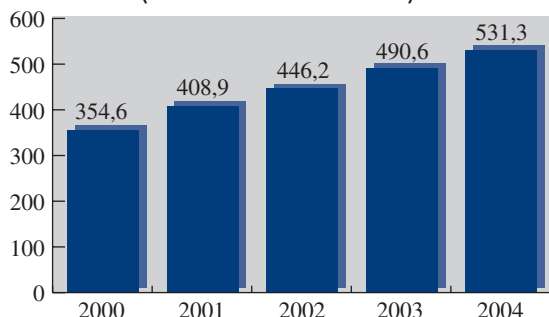
## Revue des résultats financiers de 2004

En 2004, le RSSFP a continué d'offrir une solide protection à ses 522 245 souscripteurs et à leurs personnes à charge admissibles. Les fiduciaires sont heureux de vous faire part des principaux résultats financiers de l'exercice terminé le 31 décembre 2004. Notez qu'une analyse complète sera publiée sur le site Web de la Fiducie ([www.fiduciersssf.ca](http://www.fiduciersssf.ca)) au courant de l'été 2005.

### Survol des résultats de 2004

Les cotisations et intérêts versés au régime ont totalisé 523,9 \$ millions alors que les coûts totaux du régime ont atteint 531,3 \$ millions, soit un déficit de 7,4 \$ millions. Conformément à l'accord de Fiducie, le Conseil du Trésor du Canada a fourni des fonds supplémentaires à la Fiducie pour combler ce déficit.

Total des coûts du RSSFP  
(en millions de dollars)



Les résultats de 2004, tout comme ceux des exercices précédents, illustrent les pressions continues qui s'exercent sur le financement des coûts des soins de santé. Comme c'est le cas pour d'autres régimes au Canada, le taux d'accroissement de nos coûts totaux dépasse de loin celui de l'indice des prix à la consommation (IPC), qui mesure l'augmentation générale des prix des produits de consommation. Depuis 2000, les coûts totaux de notre régime ont grimpé de 50 %, comparativement à 9,7 % pour l'IPC, ou de 176,7 \$ millions, comme l'illustre le graphique ci-contre.

TABLE DES MATIÈRES

Revue des résultats financiers de 2004

Quelques points saillants

Renseignements sur les participants

Modifications du régime

### Quelques points saillants...

- Le régime a remboursé 506,6 \$ millions aux souscripteurs. Cela représente une augmentation de 8,4 % lorsque comparée aux règlements effectués en 2003.
- Le coût total du régime a atteint 531,3 \$ millions. Ce montant comprend les frais remboursés (95,3 %), les frais d'évaluation des demandes de règlement (3 %), et les impôts et taxes (1,7 %).
- Le nombre de souscripteurs ayant présenté au moins une demande de règlement au cours de l'année a été de 405 118 (78 %).
- Au total, les souscripteurs ont présenté 2 057 726 demandes de règlement visant plus de 11,7 millions de services différents (médicaments, lunettes, services de professionnels de la santé, etc.).
- Le délai moyen d'évaluation et de traitement des demandes de règlement a été de 5,7 jours, ce qui est bien inférieur au délai de 9 jours fixé par le contrat.
- Le centre de service à la clientèle de la Sun Life a répondu à plus de 550 000 appels téléphoniques.

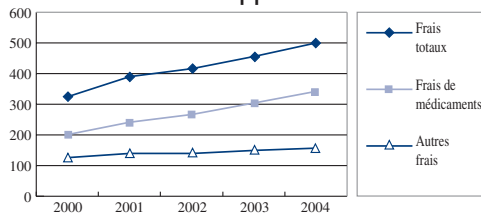
# Revue des résultats financiers de 2004 (suite de la page précédente)

La hausse constante des coûts de notre régime s'explique par de nombreux facteurs, dont certains sont brièvement décrits ci-dessous.

## Médicaments d'ordonnance

Les frais liés aux médicaments d'ordonnance, qui représentent 68 % des règlements effectués en vertu de la protection supplémentaire du régime, demeurent le principal générateur de coût. Les remboursements de frais de médicaments d'ordonnance ont bondi de 70 % depuis 2000, comparative-ment à 22 % pour les remboursements de frais autres que de médicaments.

Règlements effectués (en millions de dollars)  
Protection supplémentaire



Les principales causes de cette hausse sont les suivantes :

- De nouvelles pharmacothérapies plus coûteuses continuent d'apparaître. Ces nouveaux médicaments d'ordonnance coûtent souvent beaucoup plus cher que les médicaments existants, tel que les nouveaux médicaments biologiques utilisés pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde.
- Le recours à la publicité directe fait que les participants sont mieux informés et que les patients exigent de nouveaux médicaments plus coûteux lorsqu'ils consultent leur médecin.
- À mesure que la population vieillit, la fréquence de traitement de maladies chroniques coûteuses comme les maladies cardiovasculaires augmente.

## Augmentation de l'utilisation

L'utilisation accrue du régime explique aussi en partie la forte hausse des coûts de ce dernier. Les souscripteurs et leurs personnes à charge admissibles recourent plus souvent au régime. Le taux d'utilisation, basé sur le nombre de services par souscripteur, a bondi

de 21 % au cours des cinq dernières années. En outre, le simple fait que davantage de souscripteurs sont couverts a aussi une incidence : leur nombre a en effet augmenté de 10 % depuis 2000.

## Coûts des produits et services

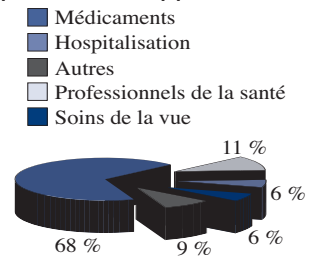
La hausse du coût des produits et services explique également en partie la croissance des coûts du régime. Le coût par service fourni aux souscripteurs et à leurs personnes à charge admissibles en vertu des modalités du régime a augmenté de 12 % depuis 2000, alors que le coût par médicament d'ordonnance a crû de 25 %, soit beaucoup plus rapidement, durant cette même période. Ce gonflement des coûts est dû non seulement à l'inflation, mais aussi à l'évolution des combinaisons thérapeutiques de médicaments, y compris le lancement de nouveaux médicaments.

## Ventilation des demandes de règlement

Les règlements effectués en vertu de la protection supplémentaire sont illustrés à la colonne suivante.

Comme nous l'avons indiqué, les médicaments d'ordonnance représentent la plus grande partie des règlements effectués (68 %) et forment la catégorie

## Règlements effectués en vertu de la protection supplémentaire



de frais couverts par le régime qui croît le plus rapidement. Près de la moitié des médicaments remboursés par le régime appartiennent aux deux catégories suivantes : médicaments de l'appareil cardiovasculaire (28,4 %) et agents du système nerveux central (20,3 %).

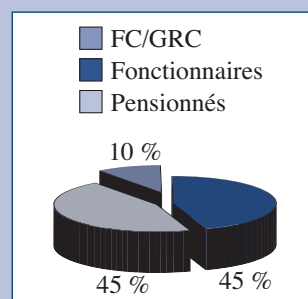
La catégorie des professionnels de la santé, qui comprend entre autres les physiothérapeutes, les chiropraticiens, les psychologues, les massothérapeutes et les infirmières, est la deuxième composante la plus coûteuse du régime et représente 11 % des règlements effectués aux termes de la protection supplémentaire.

## D'autres renseignements...

Vous trouverez une analyse plus détaillée de ces résultats sur le site Web de la Fiducie, à l'adresse [www.fiducierssfp.ca](http://www.fiducierssfp.ca), au courant de l'été 2005.

## Renseignements sur les souscripteurs

Au 31 décembre 2004, le régime couvrait 522 245 souscripteurs, soit une hausse de 1,1 % par rapport à 2003. Quarante-cinq pour cent étaient des fonctionnaires, 45 %, des pensionnés, et 10 %, des personnes à charge de membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada.



### Augmentation - 2004 par rapport à 2003

Groupe	2003	2004	Variation
Fonctionnaires	231 616	233 471	0,8 %
Pensionnés	230 020	233 834	1,7 %
FC/GRC	54 680	54 940	0,5 %
Total	516 316	522 245	1,1 %

Le nombre de souscripteurs s'est accru de 5 929 ou 1,1 % en 2004. Le groupe des pensionnés a connu la plus forte augmentation, soit 1,7 %, de sorte que le nombre de pensionnés couverts par le régime dépasse désormais légèrement celui des fonctionnaires. Le groupe des fonctionnaires et celui des FC et de la GRC ont enregistré un taux de croissance inférieur à 1 % en 2004.

# Modifications au régime

Les fiduciaires du RSSFP ont pour responsabilité d'interpréter les dispositions du régime. Ils repèrent et modifient de façon continue, selon les besoins et sous réserve de l'approbation des parties concernées, les clauses du régime dont l'interprétation pose des difficultés. Dans certaines circonstances, les fiduciaires doivent aussi fournir à l'administrateur du régime des directives pour l'aider à évaluer vos demandes de règlement efficacement et conformément à l'intention du régime. Nous sommes heureux de vous communiquer les renseignements suivants, qui vous aideront à comprendre certaines des décisions prises par les fiduciaires.

## Garantie-hospitalisation

La garantie-hospitalisation prévoit le remboursement de certains frais d'hébergement en chambre d'hôpital à deux lits ou à un lit. Pour être admissibles, les frais doivent être engagés dans un hôpital tel que défini par le régime. Les fiduciaires ont revu le libellé de la garantie-hospitalisation et y ont apporté deux légères modifications. Celles-ci visent uniquement à rendre le libellé plus précis et n'influent en rien sur la protection elle-même.

**1** Dans le premier cas, les fiduciaires se sont aperçus que le libellé de la version française d'une des clauses de la garantie-hospitalisation n'était pas aussi précis que la version anglaise correspondante. Afin que les deux versions correspondent parfaitement, les fiduciaires ont modifié la version française du Document du Régime afin de préciser que les

frais d'une chambre à deux lits ou à un lit ne sont admissibles que s'ils sont engagés **dans un hôpital tel que défini par le régime.**

**2** Dans le second cas, les fiduciaires ont décidé de clarifier une des exclusions prévues par la garantie-hospitalisation en ce qui concerne les frais de coassurance et autres frais semblables. Comme vous le savez, le régime couvre le logement et la pension dans une chambre d'hôpital à deux lits ou à un lit en sus des frais de salle, jusqu'à concurrence des maximums préétablis. Il exclut toutefois les frais de coassurance ou autres frais analogues d'hospitalisation excédant les frais remboursables par un régime d'assurance-santé d'État ou par un régime d'assurance hospitalisation. Les **mots en gras** dans le libellé modifié qui suit sont ceux qui ont été ajoutés à la clause existante :

---

«Aucune prestation n'est payable pour : [...]

- les frais de coassurance ou autres frais analogues d'hospitalisation dans un hôpital tel que défini par le Régime excédant les frais remboursables par un régime d'assurance-santé provincial/territorial ou par un régime d'assurance hospitalisation, autres que **ceux prévus à la garantie hospitalisation**. **Cependant**, les frais de coassurance pour l'hospitalisation dans un établissement pour malades chroniques d'un patient contraint à être hospitalisé dans ce genre d'établissement, ayant fait au moins une demande de remboursement de frais de ce genre avant le 1<sup>er</sup> septembre 1992 et en présentant une nouvelle pour la même période d'hospitalisation, sont admissibles [...].»
- 

## Services d'une infirmière ou d'un infirmier en service privé

Ces services sont admissibles jusqu'à concurrence des maximums stipulés par le Régime s'ils sont prescrits par un médecin et si les frais sont engagés pour les services d'une infirmière ou d'un infirmier en service privé (c.-à-d. une infirmière ou un infirmier tel que défini par le régime, et qui dispense des services privés ou qui travaille pour une agence de soins infirmiers comme les Infirmières de l'Ordre de Victoria) qui fournit des soins infirmiers médicalement nécessaires à un patient particulier pendant une

période prescrite, et que les soins sont dispensés dans la résidence privée du patient.

Le régime ne couvre pas les services infirmiers dispensés par les salariés d'un établissement comme une maison de soins infirmiers. Les infirmières et infirmiers qui travaillent dans ce genre d'établissement reçoivent de celui-ci un salaire pour les services qu'ils fournissent à un certain nombre de patients sous leur garde. Par souci de précision, les fiduciaires ont modifié la section «Exclusions» de

la garantie Professionnels de la santé en y ajoutant une quatrième clause, reproduite ci-dessous :

---

«Aucune prestation n'est payable pour [...]

- les dépenses encourues pour les services infirmiers dispensés par le personnel infirmier salarié d'un établissement où réside le souscripteur ou une personne à sa charge.»
-

# Modifications au régime (suite de la page précédente)

## Frais de transport terrestre en ambulance

Ces frais sont admissibles s'ils sont engagés pour le transport terrestre **d'urgence** du patient par un service d'ambulance autorisé jusqu'à l'hôpital le plus proche disposant de l'équipement nécessaire pour donner le traitement qui s'impose si l'état du patient ne permet pas l'utilisation d'autres moyens de transport, quand il est médicalement nécessaire de le

transporter. Les frais de transport en ambulance jusqu'au lieu d'un rendez-vous, même s'il s'agit d'une clinique qui fait partie d'un hôpital, ne sont pas admissibles. Par souci de précision, les fiduciaires ont modifié le Document du Régime afin de faire explicitement référence au «transport terrestre **d'urgence** du patient par un service d'ambulance autorisé».

## Services de médecins et services de laboratoire

Certains services de médecins et services de laboratoire peuvent être couverts par le régime aux termes de la garantie Professionnels de la santé quand les frais engagés pour ces services ne sont pas admissibles aux termes du régime d'assurance-santé provincial/territorial de la personne protégée, alors qu'ils le sont aux termes d'au moins un autre régime d'assurance-santé provincial/territorial. Les fiduciaires sont tenus de revoir régulièrement l'admissibilité de certains services en fonction des modifications apportées aux divers régimes d'assurance-santé provinciaux/territoriaux. Voici les décisions prises récemment par les fiduciaires à cet égard.

### Circoncision des nouveaux-nés

À partir du 1<sup>er</sup> septembre 2005, le RSSFP ne couvrira plus la circoncision systématique des nouveaux-nés puisque aucun régime d'assurance-santé provincial/territorial ne couvre cette intervention. Les participants sont priés de noter que les circoncisions médicalement nécessaires demeurent couvertes par les divers régimes d'assurance-santé provinciaux/territoriaux.

### Cryochirurgie de la prostate

Le régime couvre, avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> avril 2004, la partie des frais de cryochirurgie de la prostate représentée par les honoraires du médecin puisque le régime d'assurance-santé de l'Alberta a décidé de couvrir ces services lorsqu'il existe certains états sous-jacents. Le régime d'assurance-santé de l'Alberta est le seul régime provincial/territorial qui couvre actuellement ces services. Les fiduciaires ont autorisé l'administrateur du régime à évaluer les demandes de règlement ayant trait à ces frais en fonction de directives semblables à celles adoptées par le régime d'assurance-santé de l'Alberta.

## Contraceptifs

Il arrive que l'administrateur du régime refuse de rembourser certains contraceptifs parce que ceux-ci ne sont pas considérés comme admissibles. En effet, le régime ne couvre que les **contraceptifs oraux**. Tous les autres contraceptifs sont **exclus**. Par conséquent, les médicaments comme l'Ortho Evra (timbre transdermique), le Mirena (dispositif intra-utérin) et le Depo-Provera lorsque prescrit pour des fins de contraception (médicament injecté) ne sont pas couverts par le régime.

Nota : Étant donné que l'administrateur a, dans le passé, honoré par erreur des demandes de règlement ayant trait au dispositif Mirena lorsque utilisé à des fins autres que la contraception, il continuera d'honorer ces demandes jusqu'au 31 août 2005.

Le régime prévoit aussi que, pour être admissible, un médicament doit être prescrit pour une indication recommandée par le fabricant. Le Depo-Provera a d'autres indications recommandées par le fabricant. À compter du 1<sup>er</sup> septembre 2005, si le médicament Depo-Provera vous est prescrit, l'administrateur du régime pourra exiger certains renseignements médicaux au sujet de la condition pour laquelle il vous a été prescrit avant d'évaluer votre demande de règlement.

Retourner toute correspondance ne pouvant être livrée au Canada à :

1201-99, rue Bank  
Ottawa (ON) K1P 5A3

