

Benefits Bulletin

Benefit News to Keep You in the Know and the Now

Janvier 2016

Gaspillage de la filière des médicaments : fréquence du renouvellement

Lorsqu'un médicament est prescrit, il est facile de trouver des façons pour réduire les coûts : nous pouvons par exemple choisir un médicament de rechange moins dispendieux, acheter nos médicaments à une pharmacie où les prix sont moins élevés, suivre consciencieusement notre plan de traitement, etc. Une autre façon d'économiser est liée à la fréquence de renouvellement des médicaments de contrôle.

Les médicaments de contrôle sont ceux qui sont pris à intervalles réguliers sur une longue période afin de gérer un problème connu. On peut penser aux médicaments pour la tension artérielle ou le cholestérol, par exemple.

Les régimes collectifs prévoient généralement une quantité maximale pour les ordonnances, soit trente jours de traitement pour les problèmes aigus et trois mois pour les médicaments de contrôle. La nature même de certains médicaments de contrôle fait que leur renouvellement est moins fréquent (par exemple, les agents antipsychotiques). Toutefois, dans certains cas, la pharmacie prépare une quantité inférieure au maximum prévu, obligeant donc le patient à renouveler son

ordonnance plus fréquemment et à payer des frais d'ordonnance superflus.

Pour réduire ce gaspillage dans la filière des médicaments, certaines compagnies d'assurances, comme Greenshield Canada, ont choisi de limiter le nombre de renouvellements autorisés par année. Ainsi, si un pharmacien tente de présenter une réclamation pour un approvisionnement d'une durée inférieure à trois mois, il recevra un avis d'erreur indiquant que la quantité soumise est inférieure aux limites permises.

Certains médicaments de contrôle sont exclus de cette mesure, notamment les médicaments qui nécessitent un suivi fréquent, les nouvelles ordonnances, les patients qui prennent au moins cinq médicaments de contrôle et ceux qui vivent dans des établissements de soins prolongés.

En plus de réduire l'accumulation des frais d'ordonnance, cette mesure facilite la vie des patients et, avec un peu de chance, cela les aidera à suivre leur plan de traitement, un autre grand coupable lorsqu'on pense au gaspillage dans la filière des médicaments.

Les pharmacies ont déjà été informées de ce changement et on s'attend à ce qu'elles modifient leurs pratiques d'ordonnance en conséquence.

Services pharmaceutiques professionnels

La portée des services offerts par les pharmaciens au Québec a été modifiée. En effet, depuis le 1er juin 2015, les pharmaciens peuvent :

- prolonger une ordonnance;
- ajuster une ordonnance pour atteindre certains objectifs thérapeutiques;
- prescrire un médicament pour lequel aucun diagnostic n'est requis; prescrire un médicament pour le traitement de certaines conditions mineures lorsque le diagnostic et le traitement sont connus.

Ces services sont couverts par la RAMQ, le régime public d'assurance maladie du Québec. Lorsqu'une personne cotise à un régime d'assurance privé (c'est-à-dire un régime d'assurance collective parrainé par l'employeur), la RAMQ exige que ce régime privé encoure au moins 66 % de la somme, jusqu'à la contribution maximale annuelle (présentement 85,75 \$ / mois ou 1 029 \$ / année). Lorsque l'employé a atteint la contribution maximale annuelle, le régime d'assurance collective doit alors assumer tous les frais encourus.

Les compagnies d'assurances ont commencé tout récemment à rembourser les membres du régime pour ces services, étant donné qu'un deuxième projet de loi visant à clarifier la loi a été adopté en novembre. Les membres du régime collectif peuvent donc présenter des réclamations rétroactives pour les services obtenus depuis l'adoption de la loi originale, le 20 juin 2015.

Coordination des prestations

Lorsqu'un employé jouit du régime de soins médicaux ou dentaires de son conjoint, il peut choisir de coordonner ses prestations. Cela signifie que les sommes qui ne sont pas remboursées par un régime peuvent être soumises à l'autre afin d'obtenir un remboursement supplémentaire.

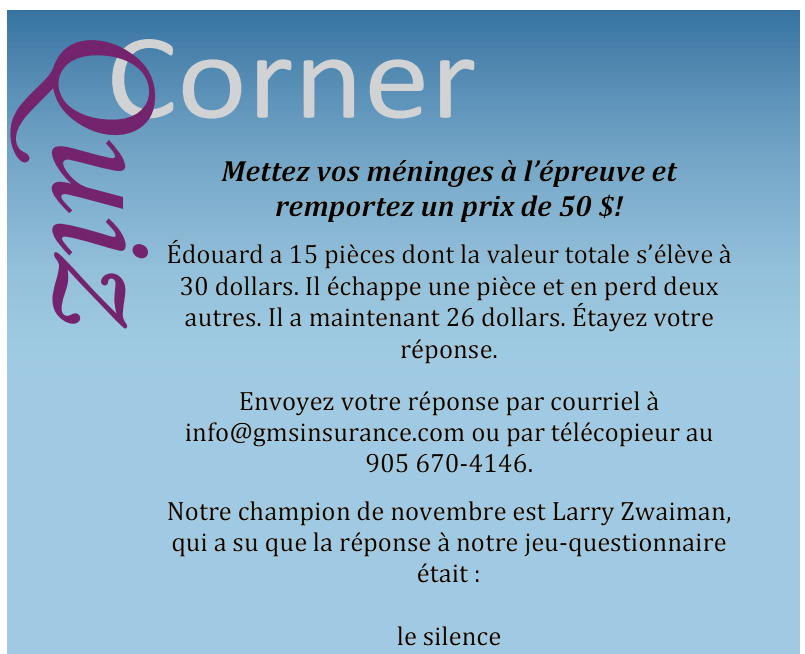
Certaines compagnies d'assurance ont récemment modifié leurs lignes directrices pour le règlement des réclamations soumises au deuxième payeur. Auparavant, elles effectuaient le remboursement en fonction de la somme réclamée (c'est-à-dire la somme qui n'était pas remboursée par la première compagnie d'assurance). Aux termes des nouvelles lignes directrices, la deuxième compagnie d'assurance effectue maintenant un remboursement en fonction du montant raisonnable habituel de la réclamation originale.

Prenons par exemple le cas d'un conjoint qui réclame une somme de 80 dollars, alors que le montant raisonnable habituel est de 75 dollars. Le régime du conjoint verse 60 dollars, laissant donc une portion de 20 dollars impayée qui est ensuite soumise au régime de l'employé. Si le régime d'assurances de l'employé rembourse la totalité de la somme, aux termes des lignes directrices antérieures, la compagnie d'assurances lui aurait donc versé 20 dollars. Toutefois, si on se fie aux nouvelles lignes directrices, la compagnie d'assurances ne tient compte que du montant raisonnable habituel et ne remboursera donc que 15 dollars (75 dollars moins 60 dollars). Le coût pour le patient est donc de cinq dollars, soit la différence entre ce que le prestataire de services a exigé et le montant raisonnable habituel.

Ce genre de situation ne survient que dans les cas où le prestataire demande une somme plus élevée que le montant raisonnable habituel. Si le prestataire exige le montant raisonnable habituel, le patient n'engage alors aucuns frais (outre la franchise et le montant de coassurance prévus par le régime).

Modification au plafond pour la cotisation au CÉLI

À compter du 1er janvier 2016, le gouvernement fédéral réduira le plafond pour les contributions à un CÉLI de 10 000 \$ à 5 500 \$. Les investisseurs dont les cotisations à leur CÉLI n'ont pas atteint 10 000 \$ en 2015 pourront reporter les droits inutilisés pour une utilisation ultérieure.

A blue rectangular graphic with the word 'Quiz' in a large, stylized purple font on the left and 'Corner' in a white sans-serif font on the right. Below the title, there is a challenge text, a question, and an answer.

Mettez vos méninges à l'épreuve et remportez un prix de 50 \$!

Édouard a 15 pièces dont la valeur totale s'élève à 30 dollars. Il échappe une pièce et en perd deux autres. Il a maintenant 26 dollars. Étayez votre réponse.

Envoyez votre réponse par courriel à info@gmsinsurance.com ou par télécopieur au 905 670-4146.

Notre champion de novembre est Larry Zwaiman, qui a su que la réponse à notre jeu-questionnaire était :

le silence