

Dans ce numéro

1 Lignes directrices sur la *Loi canadienne anti-pourriel*

2 Exemptions accrues de TPS/TVH pour certains services et fournitures

Avantages volontaires – en demande croissante au Canada

Marijuana pour fins thérapeutiques... quel est l'impact potentiel sur les régimes d'avantages sociaux?

3 Quel montant suffit pour couvrir les factures de soins de santé à la retraite?

Prestations de la sécurité de la vieillesse – augmentation de juillet à septembre 2014

4 Le régime gouvernemental d'assurance médicaments du Québec est celui qui offre le meilleur accès

Manion réagit au projet de règlement du Régime de retraite de l'Ontario

5 Un mot sur la fraude des soins de santé

Lignes directrices sur la Loi canadienne anti-pourriel

La Fête du Canada nous a apporté la *Loi canadienne anti-pourriel* (LCAP). Cette nouvelle loi, qui énonce les exigences en matière de messages électroniques commerciaux (MEC), affectera la manière dont nous pourrions communiquer avec nos clients actuels et potentiels.

Si un MEC offre d'acheter ou de vendre un produit, annonce des produits ou services ou informe d'une occasion d'affaires ou de placement, il comporte un élément commercial et est visé par cette loi.

Chaque MEC doit inclure pour le récipiendaire l'option de « se désabonner » des futurs MEC de l'expéditeur.

La LCAP comporte certaines exemptions. Par exemple, la LCAP ne vise pas les messages suivants même s'ils comprennent un élément commercial :

- les messages en réponse à une demande ou ceux qui ont été sollicités;
- les messages entre employés de deux organismes qui ont établi des relations (si les courriels concernent les affaires de l'organisme récipiendaire);
- les messages envoyés dans le but de satisfaire une obligation juridique;
- les messages envoyés par un particulier à un autre avec lequel il a des relations personnelles ou familiales tel que cela est défini dans la LCAP.

Étant donné que les pénalités pour la non-conformité peuvent être importantes, nous invitons tous nos clients à se familiariser avec la loi. Pour de plus amples renseignements, allez à <http://fightspam.gc.ca/eic/site/030.nsf/fra/accueil>.

Exemptions accrues de TPS/TVH pour certains services et fournitures

Il y avait dans le budget fédéral de 2014 un certain nombre de mesures se rapportant aux régimes d'avantages sociaux, dont l'augmentation des exemptions de TPS/TVH pour les articles suivants.

- des services de formation conçus pour aider les particuliers à vivre avec une invalidité ou un trouble;
- des services professionnels dispensés par des médecins naturopathes et des acupuncteurs;
- des articles de lunetterie spécialisée, s'ils sont prescrits par des professionnels de la santé précisés (y compris les médecins), conçus pour améliorer par voie électronique la vue des personnes ayant une déficience visuelle.

Ces exemptions devraient alléger quelque peu le coût des régimes d'avantages sociaux privés. Les modifications mentionnées ci-dessus s'appliqueront aux services fournis ou aux produits fabriqués après le 11 février 2014.

Avantages volontaires – en demande croissante au Canada

Il y a toujours eu une plus grande demande d'avantages volontaires aux États-Unis, mais la demande augmente au Canada. Les avantages volontaires sont de l'assurance complémentaire qu'un employeur peut offrir et qui sont payés par l'employé. Ils comprennent généralement *l'assurance-vie facultative, l'assurance contre les maladies graves, l'assurance voyage et les comptes gestion-santé*. Cet intérêt accru est en partie attribuable au fait que les employés apprécient les avantages adaptés à leurs besoins particuliers.

Grâce à la mise sur pied de notre service de consultation financière personnelle et au lancement du nouveau compte gestion-santé de **Manion** prévu pour l'automne 2014, nous sommes bien placés pour répondre à cette croissance de la demande. **Manion** en est maintenant à l'étape d'essai de son nouveau compte gestion-santé. Cette option procure au fournisseur et à l'assuré des avantages de taille en réduisant considérablement l'incidence de la fraude et en offrant à l'assuré de la souplesse quant à ses exigences en matière de soins de santé.

Marijuana pour fins thérapeutiques... quel est l'impact potentiel sur les régimes d'avantages sociaux?

L'utilisation de la marijuana à des fins thérapeutiques a explosé depuis 2001 alors que les Canadiens ont pu, pour la première fois, en acquérir légalement pour le VIH et le SIDA et une poignée d'autres maladies. Depuis 2014, le nombre d'utilisateurs de marijuana pour fins thérapeutiques a augmenté pour atteindre environ 40 000 personnes. Selon Santé Canada, on s'attend à ce que ce nombre soit multiplié par dix au cours de la prochaine décennie. Alors que les promoteurs de régime n'y avaient pas accordé trop d'attention par le passé, compte tenu de l'usage accru, on devrait prendre en considération son impact potentiel sur les régimes d'avantages sociaux.

- La marijuana pour fins thérapeutiques sera-t-elle couverte par des régimes de tiers si elle est prescrite par un médecin autorisé? Si oui, pour quelles maladies et son utilisation sera-t-elle réglementée?

- Du fait que la marijuana pour fins thérapeutiques n'aura pas de numéro d'identification du médicament (DIN) vu que le produit ne peut être réglementé ni contrôlé par Santé Canada, comment les régimes privés la traiteront-ils? Les administrateurs de régime émettront-ils un numéro d'identification du produit (NIP)?
- Des NIP seront-ils établis pour tous les producteurs agréés ou seulement pour ceux qui ont été validés par divers tiers payeurs?
- Des NIP seront-ils établis pour toutes les souches produites par un producteur agréé ou seulement pour des souches particulières?
- Les comptes gestion-santé couvriront-ils la marijuana médicale de n'importe quel producteur agréé?
- Les régimes imposeront-ils une limite sur ce qu'ils paieront? La thérapie par étapes ou un protocole d'autorisation préalable seront-ils instaurés?

Quel montant suffit pour couvrir les factures des soins de santé à la retraite?

Lorsqu'ils épargnent en prévision de la retraite, de nombreux Canadiens oublient d'envisager combien il leur en coûtera pour couvrir leurs dépenses de soins de santé. Bien souvent, le soi-disant «ratio de remplacement du revenu» qui a été avancé n'est pas réaliste. Pour avoir une retraite confortable, les conseillers financiers recommandent d'épargner suffisamment pour avoir un revenu entre 50 et 70 pour cent de plus que votre revenu avant la retraite.

Il est reconnu que nous vivons plus vieux, mais pas nécessairement en meilleure santé. Beaucoup d'entre nous dépensent peu pour les coûts des soins de santé

au cours des nos années de travail, surtout si notre employeur nous offre un programme d'avantages sociaux. Cependant, seulement la moitié environ des employeurs canadiens offrent à leurs employés un régime de soins de santé à la retraite, et plusieurs de ces régimes exigent que le retraité paye lui-même cette couverture.

Les problèmes de santé deviennent souvent plus courants à mesure que nous vieillissons et nous devrions tenir compte du montant que nous pouvons nous attendre à payer pour des soins de santé à la retraite. Selon Ellen Whelan, actuaire et gestionnaire chez *Eckler Ltd.*, ce coût pourrait se situer entre 1 500 \$ et 3 000 \$ par personne par année. Multipliez cela par le nombre d'années à la retraite, disons 30 ans, et on arrive à 90 000 \$ en moyenne.

Ajoutez ce montant aux 50 à 70 pour cent dont nous parlions, ou la proportion la plus raisonnable à envisager, qui est de 75 à 80 pour cent.

Prestations de la sécurité de la vieillesse – augmentation de juillet à septembre 2014

Le montant des prestations de la sécurité de la vieillesse (SV) est révisé trimestriellement afin de tenir compte de l'augmentation du coût de la vie, telle que la mesure l'indice des prix à la consommation (IPC) établi par Statistique Canada. La *Loi sur la sécurité de la vieillesse* garantit que les prestations de la SV ne diminuent pas, même si le l'IPC est en baisse.

Le montant des prestations trimestrielles de la SV passera de 551,54 \$ à 558,71 \$ par mois pour la période de juillet à septembre 2014.

Le régime gouvernemental d'assurance-médicaments du Québec est celui qui offre le meilleur accès

Les résultats d'une récente étude du Canadian Health Policy Institute montre que parmi tous les régimes publics au Canada, le régime d'assurance-médicaments gouvernemental du Québec est celui qui procure le meilleur accès aux nouveaux médicaments. Les chercheurs ont découvert que la qualité de l'accès à de nouveaux médicaments pour l'assuré varie énormément entre les divers régimes publics d'assurance-médicaments provinciaux. Le Québec et l'Ontario avaient les meilleurs taux de couverture (avec le plus grand nombre de nouveaux médicaments disponibles financés par le régime public). Le Manitoba, l'Alberta, la Colombie-Britannique et la National Indian Health Board (NIHB) fédérale avaient les taux les plus faibles pour les nouveaux médicaments.

Le Québec avait également les délais les plus courts pour ce qui est d'ajouter de nouveaux médicaments à la liste des produits admissibles au remboursement de son régime public d'assurance-médicaments, alors que le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et l'Ontario avaient le délai le plus long.

Manion réagit au projet de règlement du Régime de retraite de l'Ontario

Le 25 avril 2014, le gouvernement de l'Ontario a publié quatre propositions à l'égard des modifications proposées au règlement 909 en vertu de la *Loi sur les régimes de retraite* (LRR) et a sollicité les commentaires des promoteurs de régime, des syndicats ainsi que d'autres intervenants intéressés.

Les projets de règlement sont liés à la réforme de la LRR que le gouvernement de l'Ontario avait présentée et annoncée au cours des quatre dernières années. Ces projets de règlement comprenaient ce qui suit:

- exiger que des relevés périodiques soient fournis aux participants anciens et retraités;
- de nouvelles règles sur les énoncés des politiques et procédures de placement (EPPP);
- autoriser que les prestations variables soient payées directement à partir des régimes de retrait à cotisations déterminées (CD);
- mettre à jour les références aux principes comptables dans le règlement.

Exiger que des relevés périodiques soient fournis aux participants anciens et retraités

Le 16 juin 2014, **Manion** a soumis ses commentaires au gouvernement de l'Ontario sur le calendrier de la mise en œuvre initiale et les données particulières exigées sur les relevés pour la divulgation des passifs lors de l'échec du mariage.

Nous croyons que nous pourrions rencontrer certaines difficultés d'ordre pratique pour fournir aux participants anciens et retraités certains des renseignements exigés. Nous espérons que le règlement pourra être modifié, de sorte que lorsque ces renseignements ne sont pas disponibles dans l'immédiat, l'administrateur du régime n'enfreigne pas la LRR pour ne pas les avoir indiqués au relevé annuel.

Nouvelles règles relatives à l'énoncé des politiques et procédures de placement (EPPP)

Les conseillers en investissements et gestionnaires de placements ont fait parvenir leurs commentaires et, à ce jour, nous n'avons toujours pas été avisés de toute préoccupation au sujet des modifications du règlement touchant l'EPPP tel que l'a déposé la Commission des services financiers de l'Ontario (CSFO).

Autoriser que les prestations variables soient payées directement à partir des régimes de retraite à cotisations déterminées (CD)

À la suite de l'examen de ce projet de règlement, nous ne sommes aucunement préoccupés quant à ses modalités. Toutefois, s'il était approuvé, nous ne suggérerions pas cette modification à nos clients actuels de régime à CD. Présentement, les régimes à CD procurent des prestations au moyen de transferts à des véhicules de retraite enregistrés, en particulier des fonds de revenu viager (FRV) et des achats de rentes. Si un client de régime à CD devait modifier le texte de son régime afin d'offrir en permanence un revenu de retraite à partir d'un fonds en fiducie, les coûts d'administration, d'audit et de garde augmenteraient, étant donné qu'un système de paye devrait être instauré et que de la comptabilité et de la communication de l'information financière supplémentaires seraient exigées par rapport à l'exercice précédent. Les clients de régime à CD qui désirent offrir cette souplesse peuvent modifier leur régime de retraite afin de procurer l'option de FRV à la retraite.

Mise à jour des références aux principes comptables dans le règlement

Les auditeurs du fonds en fiducie ont déjà incorporé la majorité des modifications et n'ont exprimé aucune préoccupation quant à ce projet de règlement.

Un mot sur la fraude des soins de santé

La fraude, ça compte vraiment. Chaque année, les entreprises canadiennes perdent des milliards de dollars en raison de la fraude et de l'abus des régimes des soins de santé. En plus d'entraîner des primes d'assurance plus élevées et la réduction des prestations, la fraude et l'abus peuvent finir par avoir un impact sur la santé des participants au régime et celle des personnes à leur charge. La majorité des fournisseurs de services médicaux et dentaires sont honnêtes et travaillent fort en vue d'améliorer la santé de leurs patients. Cependant, quelques-uns d'entre eux ne cherchent qu'à obtenir des gains financiers et toute occasion d'accroître leur revenu.

Fraude lors de la facturation

Il y a une fraude d'« utilisateur » à grande échelle qui est associée à ce qui suit :

- *Falsifier des reçus auxquels on peut parfois accéder au bureau d'un fournisseur de services ou qui peuvent être créés par voie électronique. Avec la technologie actuelle, il est relativement facile de produire un « document frauduleux ».*
- *Changer le montant des reçus existants;*
- *Soumettre des demandes de règlement en double qui sont souvent traitées à nouveau par le système;*
- *Le fait de permettre à des personnes inadmissibles (famille ou amis) d'utiliser leur carte-médicaments du fait que l'utilisateur n'est pas contrôlé à la pharmacie*

Les promoteurs de régime doivent protéger leurs régimes d'avantages sociaux contre les « fournisseurs » qui :

- *procurent et facturent des services qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical;*
- *reçoivent des « pots-de-vin » du fabricant;*
- *facturent constamment de manière « inappropriée » les services fournis aux patients;*
- *soumettent des codes pour des services plus onéreux que ceux qui sont effectivement dispensés au patient.*

Les assureurs encourent des coûts pour la formation professionnelle de leur personnel, la mise à jour de leur système pour identifier les tendances suspectes et souscrire à des associations qui les aident à demeurer au fait de la chasse à la fraude. Des frais supplémentaires sont souvent engagés afin de maintenir le temps de traitement des demandes de règlement tout en les évaluant pour y détecter toute activité frauduleuse potentielle. Les exigences en matière de délai sont également accrues, étant donné qu'il faut vérifier les listes de surveillance de fournisseur et examiner les demandes de règlement pour toute « modification » potentielle des reçus, ainsi qu'identifier tout changement d'habitude de la part du réclamant ou toute augmentation d'un secteur particulier des demandes de règlement ou des demandes en provenance d'une clinique ou d'un fournisseur particuliers. Cela exige davantage de temps et d'enquête de la part de l'examineur des demandes de règlement. Toutes ces étapes doivent être prises en compte dans le coût commercial.

Les employeurs et les fournisseurs d'avantages sociaux doivent jouer le rôle d'éducateur envers les employés et leurs avantages.

La conception du régime peut aider un employeur et ses employés à mieux gérer leurs avantages. L'employé exerce davantage de contrôle sur le genre de traitement auquel il a accès et les fournisseurs auxquels il peut avoir recours. En utilisant certaines des mesures suivantes, ils réalisent souvent des économies pour le régime et en augmentent la viabilité.

- Des maximums combinés, notamment pour des fournisseurs de services paramédicaux;
 - par personne ou par famille;
- La *mise en œuvre* d'un compte gestion-santé;
 - cela place la responsabilité des dépenses relatives aux avantages entre les mains de l'employé, qui sera avisé du solde après le paiement de chaque demande de règlement;
 - permet une plus grande souplesse quant à la manière dont l'employé souhaite utiliser ses dollars d'avantages sociaux.

De faux adressages

Dans la conjoncture actuelle, la plupart des gens font confiance à leur praticien pour bien les conseiller et la plupart le font. Il y en a cependant certains qui ont recours à de la collusion avec d'autres fournisseurs d'équipement médical, de services ou d'appareils, et qui prescrivent de l'équipement ou des fournitures non nécessaires.

Dans bien des cas, les employés oublient l'impact qu'ont ces coûts sur le résultat net de leur employeur. Il est essentiel que les clients expliquent clairement à leurs employés la façon dont l'augmentation du coût

des avantages sociaux peut avoir un impact sur les coûts de l'entreprise et, par conséquent, sur sa rentabilité. Cela peut à son tour entraîner la réduction des avantages et l'augmentation des retenues salariales. L'employé doit se sentir responsable de son ensemble d'avantages sociaux et des coûts engagés.

Formulaires de demande de règlement signés en blanc

Vos employés et participants ne devraient jamais signer d'avance des formulaires de règlement pour un fournisseur à conserver pour des rendez-vous ultérieurs. Lorsqu'on signe une demande de règlement, elle doit être entièrement remplie avec la date des services, une description des services dispensés et le coût de chacun d'entre eux. L'assuré devrait se sentir à l'aise pour demander des clarifications sur tout renseignement qu'elle contient. Après le rendez-vous, si quelque chose demeure toujours nébuleux ou si l'employé a des questions auxquelles le fournisseur de services médicaux ou dentaires ne peut répondre, votre fournisseur d'assurance pourrait également s'avérer une source d'information à cet égard. Vos participants et employés devraient toujours examiner l'historique de leurs règlements de soins de santé de temps à autre. La majorité des fournisseurs offrent un service en ligne où les participants peuvent visionner leurs règlements personnels ou ceux des personnes à leur charge, et contrôler les dépôts directs et les paiements aux fournisseurs de services. Nous rappelons aux participants de préserver la confidentialité de leurs renseignements personnels et de ne jamais partager leur numéro de carte d'assurance-médicaments, d'identité ou de certificat.

Récompenses gratuites ou de valeur

Obtenir quelque chose gratuitement est un grand facteur de motivation quant à l'endroit où vous faites vos achats. Une paire de chaussures gratuite chez votre orthésiste ou quelques séances de

massothérapie gratuites pourraient être attrayantes pour plusieurs personnes.

Vos participants devraient être au courant de ces manœuvres frauduleuses dans le but de s'enrichir rapidement et de ces offres appréciables ou de ces récompenses gratuites. S'il y a de la pression pour décider immédiatement de faire un gros achat, c'est sans doute trop beau pour être vrai. Le service fourni doit être nécessaire sur le plan médical et non acheté seulement pour l'article gratuit ou la récompense qui y est associée. Étant donné que le réclamant est quelque peu éloigné de l'employeur ou du promoteur du régime quant à ces transactions, il n'assume aucune responsabilité pour tout acte répréhensible.

En clair, lorsqu'on abuse d'un régime, les coûts finaux de l'employeur augmentent et entraînent ainsi une hausse des primes mensuelles et des retenues salariales, ou une réduction de la couverture effective d'avantages sociaux. Il est dans le meilleur intérêt de l'employeur d'expliquer clairement cela à ses employés.

Services non assurés

Sachez que les traitements de beauté, les chaussures de sport et les lunettes de soleil vendues sans ordonnance ne sont pas couverts par les régimes d'assurance maladie et que porter ces produits ou services sur les reçus d'autres services couverts par votre régime constitue une activité frauduleuse. Le secteur de la beauté est très concurrentiel. Certains fournisseurs de services offrent de « maquiller » les reçus afin de couvrir des traitements dispendieux qui ne seraient pas autrement assurables. Dans ces cas-là, il est pratiquement impossible pour les assureurs de déceler les activités frauduleuses. À tous égards, les reçus semblent légitimes. Dans ces cas-là, les assureurs se fient aux conseils reçus de la part d'associations telles que la Canadian Health Care Anti-fraud Association (www.chcaa.org) ou le Bureau d'assurance du Canada (www.ibc.ca).

À titre de consommateur, vous devez vérifier ce qui est facturé au fournisseur d'assurance, et que vous avez bien reçu et payé le service ou le traitement couvert facturé. *Veillez toujours signaler toute activité frauduleuse.*

Que pouvons-nous faire?

Une partie de la solution consiste à responsabiliser l'employé et lui faire mieux comprendre son régime. Informer les employés et leur donner des renseignements sur leur couverture et les répercussions du mauvais usage des règlements peut mener à une responsabilisation, par opposition au sentiment que les avantages sociaux et la façon dont ils sont utilisés leur sont dus. Les pénalités associées à une demande de règlement frauduleuse devraient être clairement définies et mises en œuvre par le promoteur du régime et l'employeur. Ne négligez pas les pistes données par les employés et les participants, et n'hésitez pas à punir de manière exemplaire un employé dont les demandes de règlement frauduleuses ont été détectées et confirmées.

C'est un défi que de s'opposer à ses employés dans cette conjoncture difficile. Il s'avère cependant que la majorité des employés préféreraient payer des primes plus élevées pour maintenir leurs avantages sociaux au

lieu de subir des coupures ou des réductions. Faites participer vos employés à la gestion du coût de leur régime de soins médicaux; vous pourriez par exemple instaurer un compte gestion-santé. Cela procure à l'employé un montant précis qu'il peut utiliser pour ses dépenses médicales telles qu'elles sont autorisées en vertu des lignes directrices de l'ARC pour les dépenses médicales. Il peut s'agir d'un régime complémentaire à un régime d'avantages sociaux existant ou d'un compte gestion-santé autonome d'un montant donné.

Votre fournisseur d'assurance devrait pouvoir vous fournir du matériel éducatif à partager avec vos employés. Vous pourriez également créer un comité d'employés qui participerait à un projet visant à examiner la conception et les coûts associés à leur régime. Un tel comité permet de sensibiliser les employés et d'obtenir leur adhésion quant à l'importance de maintenir un régime d'avantages sociaux viable.

Kimberley Keeler, directrice, service des règlements

Susan Brown, vice-présidente, règlements et services aux participants

Manion Wilkins & Associates Ltd.