

Une autre augmentation des coûts des régimes d'assurance nous attend

Divers collaborateurs de MLH + A inc.

Volume 62, numéro 3, 1994

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1105005ar>
DOI : <https://doi.org/10.7202/1105005ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

HEC Montréal

ISSN

0004-6027 (imprimé)
2817-3465 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

collaborateurs de MLH + A inc., D. (1994). Une autre augmentation des coûts des régimes d'assurance nous attend. *Assurances*, 62(3), 531–532.
<https://doi.org/10.7202/1105005ar>

Chronique actuarielle

par

divers collaborateurs

de MLH + A inc.

Une autre augmentation des coûts des régimes d'assurance nous attend

L'Ontario a adopté récemment un projet de loi en vertu duquel un employeur ou assureur qui exige des rapports médicaux devra payer les honoraires et frais relatifs aux services demandés. À ce jour, l'Ontario est la seule province à avoir une telle législation.

Le projet de loi 50 de l'Ontario qui modifie la *Loi sur l'assurance-santé* a reçu la sanction royale le 14 décembre dernier. On attend toujours la publication des règlements qui donneront effet aux dispositions de la loi.

Une personne ou une organisation (le « tiers ») qui requiert des services médicaux ou des renseignements des médecins ou autres professionnels de la santé devra dorénavant en assumer les coûts. Les compagnies d'assurance ou les employeurs agissent souvent à ce titre dans le cadre de l'administration des régimes d'assurance collective et des programmes de congés de maladie.

Quelques-uns des services médicaux fréquemment demandés par les assureurs et les employeurs sont l'examen médical, les notes d'un médecin justifiant une absence, les tests de laboratoire, les rayons X et les examens de la vue.

Jusqu'à maintenant, lorsque le patient était facturé pour de tels services, le tiers pouvait rembourser ce dernier sans toutefois y être obligé.

La nouvelle réglementation changera de façon significative les pratiques en matière d'exigence de rapports puisque le tiers devra désormais payer pour les services non assurés qu'il requiert. Le professionnel de la santé aura toujours

le choix de facturer soit le tiers, soit le patient. Cependant, si ce dernier paye la note d'honoraires que lui soumet le médecin, il devra être remboursé par le tiers.

Les règlements à venir préciseront quels services constituent des services exigés par un tiers et définiront également le tiers. Ils prévoiront la constitution d'un organisme pour résoudre les différends quant aux montants facturés ou au responsable de l'acquittement.

532

Il est à espérer qu'ils dissipent aussi certaines inquiétudes. Par exemple, le tiers ne devrait être tenu de payer que les coûts des services médicaux qu'il a spécifiquement exigés. On se demande également si les règlements prévaudront sur les contrats qui désignent déjà le responsable de l'acquittement des coûts des services.

Ces dispositions de la loi 50 auront un impact sur les coûts des régimes assurés et non assurés d'invalidité de courte et de longue durée. Ainsi, les promoteurs de tels programmes voudront sans doute réviser certaines procédures. On reverra, entre autres, les différents rapports requis et leur pertinence. Un autre fournisseur pourrait-il offrir un service équivalent à moindre coût? Pourrait-on en arriver à une entente à forfait avec un ou des fournisseurs? Est-ce que certains des services ne sont pas superflus ou requis trop fréquemment? Ce sont là autant de questions auxquelles les « tiers » voudront répondre pour assurer un contrôle de leurs coûts qui se répercuteront inévitablement sur l'expérience des régimes et le niveau des primes dans le cas d'un régime assuré, et sur les frais de l'entreprise dans les cas d'un régime auto-assuré.