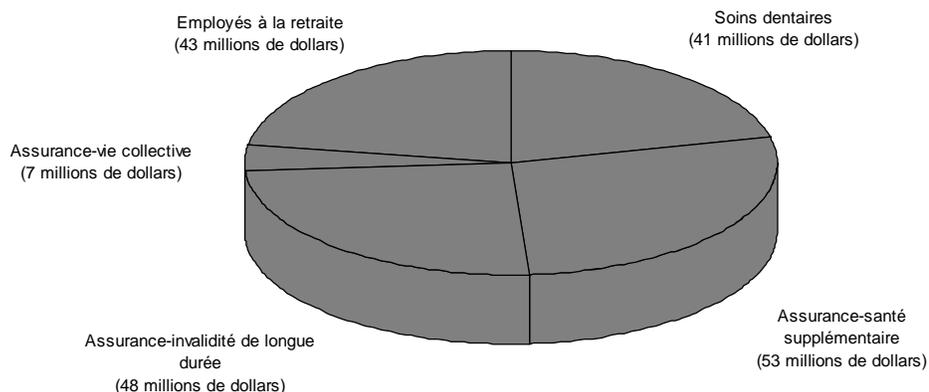


Avantages sociaux des employés relatifs aux soins de santé

Le gouvernement de l'Ontario fournit à ses employés et à leurs personnes à charge admissibles des avantages sociaux en matière de soins de santé semblables à ceux qui sont offerts par de nombreux autres grands employeurs des secteurs public et privé. Ces avantages peuvent être classés dans quatre catégories principales : l'assurance-santé supplémentaire qui couvre des dépenses comme celles qui ont trait aux médicaments et aux soins de la vue, les soins dentaires, l'assurance-invalidité de longue durée et l'assurance-vie collective. Environ 71 000 employés actuels ont droit à ces avantages sociaux de même que 45 000 autres employés à la retraite qui sont admissibles à tous les avantages, sauf l'assurance-invalidité de longue durée. Pour l'exercice prenant fin le 31 juillet 1996, exercice financier des compagnies d'assurance chargées de traiter et de régler les demandes de règlement, le coût de ces avantages sociaux s'élevait à 192 millions de dollars, comme l'illustre le graphique ci-dessous.

Coût de la part de l'employeur des avantages sociaux relatifs aux soins de santé



Source : Secrétariat du Conseil de gestion

À l'instar de la plupart des employeurs qui gèrent des régimes d'avantages sociaux pour un grand nombre d'employés, le gouvernement de l'Ontario est son propre assureur et a recours à des compagnies d'assurance pour traiter et régler les demandes de règlement des employés. Cela signifie que le gouvernement rembourse aux compagnies d'assurance les prestations versées aux employés et leur paie des frais d'administration en contrepartie des services fournis. À l'heure actuelle, l'administration des divers régimes d'avantages sociaux est assurée par trois compagnies d'assurance.

La Direction de la rémunération du Secrétariat du Conseil de gestion (SCG) est chargée de la gestion des régimes d'avantages sociaux. De plus, la Direction des systèmes de gestion des ressources humaines du SCG assume certaines responsabilités quant à l'administration et aux systèmes.

3.11

OBJECTIF ET PORTÉE

Notre objectif de vérification consistait à déterminer si le Secrétariat disposait de systèmes et de procédures adéquats pour gérer les régimes d'avantages sociaux en se souciant des principes d'économie et en se conformant aux conditions des régimes.

En plus de passer en revue les pratiques du SCG relativement à la gestion de ses régimes d'avantages sociaux, nous avons effectué du travail de vérification dans deux des trois compagnies d'assurance qui traitent des demandes de règlement pour le compte du gouvernement. Nous avons également effectué des recherches sur les meilleures pratiques et sur d'autres initiatives prises dans le domaine de la gestion des avantages sociaux.

Nous avons rencontré des spécialistes des avantages sociaux de grands organismes des secteurs privé et parapublic. Nous avons également obtenu des renseignements sur les pratiques de trois autres provinces et du gouvernement fédéral relativement à la gestion des avantages sociaux. En outre, nous avons eu recours aux services d'une firme d'experts-conseils spécialisée dans le domaine des avantages sociaux pour qu'elle nous prodigue des conseils sur certaines questions.

Ce programme n'avait jamais fait l'objet de vérifications de la Direction de la vérification et de l'amélioration opérationnelle du SCG, et notre Bureau ne s'y était pas arrêté depuis 20 ans.

CONSTATATIONS GLOBALES DE LA VÉRIFICATION

De 1992 à 1996, le coût de la prestation des avantages sociaux relatifs aux soins de santé aux employés actuels ou à la retraite et à leurs personnes à charge qui y sont admissibles est passé de 143 millions de dollars à 192 millions de dollars, soit une augmentation d'environ 35 pour 100, bien que le nombre de participants admissibles, si l'on fait exception des personnes à charge, soit demeuré relativement stable. Nos recherches ont indiqué que, pendant cette période,

d'autres grands employeurs avaient également connu une augmentation semblable du coût des avantages sociaux et qu'ils avaient récemment instauré des mesures de compression pour ralentir l'escalade des dépenses à ce chapitre.

Le SCG a isolé un certain nombre de stratégies possibles de compression au cours des quatre dernières années. L'obtention de nouvelles offres et la renégociation des contrats avec les compagnies d'assurance représentent une stratégie à laquelle il a eu recours récemment et qui devrait faire économiser environ 2 millions de dollars par année. Cependant, les autres stratégies possibles de compression n'ont pas été mises en oeuvre à cause du personnel réduit dans le secteur des avantages sociaux, de la capacité limitée des systèmes et de l'impossibilité de parvenir à une entente sur ces propositions au cours des négociations collectives. Nous reconnaissons que certaines de ces stratégies devront faire l'objet de négociations avec les syndicats des employés et nous sommes d'avis que le SCG doit faire des recherches et des analyses approfondies sur les diverses options en matière de compression des coûts.

Notre rapport décrit un certain nombre d'autres initiatives de compression des coûts qui ne nécessitent vraisemblablement pas de ratification syndicale et qui doivent être examinées plus activement, car elles pourraient entraîner des économies importantes. Nous reconnaissons que la mise en oeuvre de toute initiative de ce genre exigera peut-être d'investir dans des ressources supplémentaires. Toutefois, nous croyons que les retombées possibles justifieraient amplement cet investissement. Par ailleurs, le SCG doit exercer un meilleur contrôle sur les compagnies d'assurance avec lesquelles il fait affaire, afin de s'assurer qu'elles traitent avec précision les demandes de règlement.

CONSTATATIONS DÉTAILLÉES DE LA VÉRIFICATION

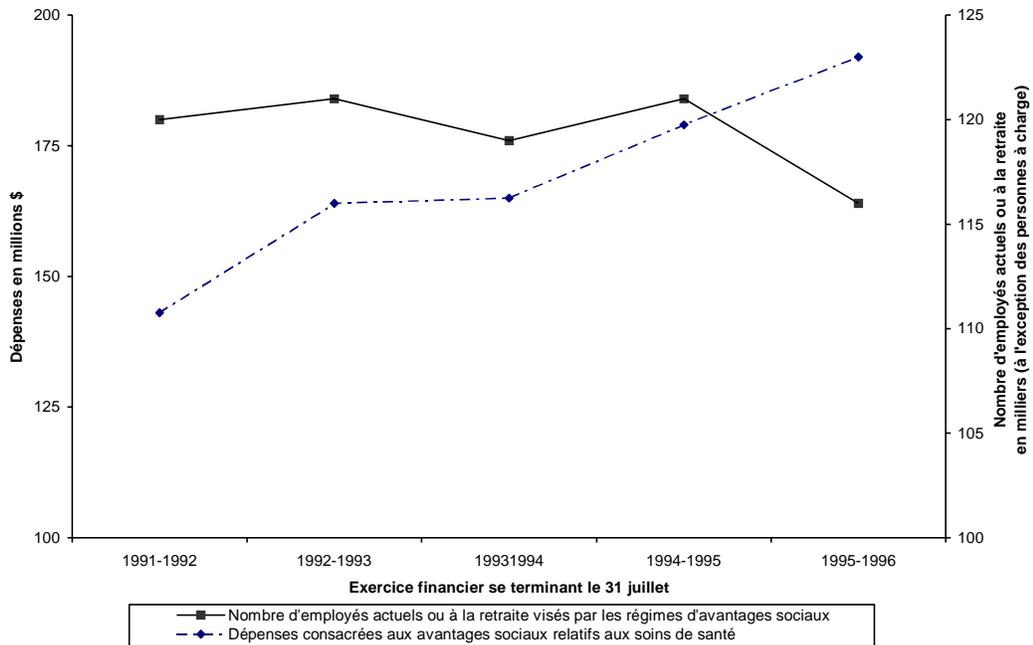
STRATÉGIES DE COMPRESSION DES COÛTS

Tous les assurés et leurs personnes à charge admissibles ont droit à un remboursement partiel des frais dentaires et d'assurance-santé supplémentaires engagés. Par exemple, 90 pour 100 du prix des médicaments est remboursé et 40 à 85 pour 100 de la plupart des frais dentaires le sont également. Les employés actuels sont aussi admissibles à une assurance-invalidité de longue durée qui leur permet de recevoir les deux tiers de leur salaire brut en cas d'invalidité totale. Aux termes du régime d'assurance-vie collective, lorsqu'un employé décède, le bénéficiaire désigné a droit à jusqu'à une année de salaire. Dans le cas d'un employé à la retraite, la prestation de décès versée au bénéficiaire désigné est de 2 000 \$.

Le coût de ces avantages sociaux est passé de 143 millions de dollars à 192 millions de dollars, soit une augmentation d'environ 35 pour 100 de 1992 à 1996. Le graphique ci-dessous illustre la croissance annuelle du coût des avantages sociaux accordés aux employés actuels ou à la retraite ainsi qu'à leurs personnes à charge depuis 1992.

3.11

Coût des avantages sociaux relatifs aux soins de santé et nombre d'employés admissibles



Source : Secrétariat du Conseil de gestion

Toutefois, le gouvernement n'est pas seul à faire face à une augmentation importante du coût des soins de santé des employés. Nos recherches et l'expert-conseil en matière d'avantages sociaux dont nous avons retenu les services ont indiqué que d'autres grands employeurs avaient également connu une augmentation semblable des coûts de 1992 à 1996. D'après nos recherches et nos discussions avec un certain nombre d'organismes et notre expert-conseil, il était évident que la plupart des autres grands employeurs, y compris d'autres provinces et le gouvernement fédéral, avaient récemment mis en oeuvre certaines stratégies de compression pour freiner la croissance rapide des dépenses relatives aux avantages sociaux. Par exemple, une province a appliqué son formulaire provincial de médicaments et a ainsi économisé 8 à 10 pour 100 sur le coût de ses médicaments. Selon une analyse du SCG, l'Ontario pourrait économiser jusqu'à 3,8 millions de dollars par année en considérant comme médicaments admissibles seulement ceux qui sont couverts par le Programme de médicaments de l'Ontario.

Bien que le gouvernement de l'Ontario ait envisagé un certain nombre d'options en matière de compression des coûts, il n'a mis en oeuvre pleinement que la stratégie consistant à obtenir de nouvelles offres et à renégocier les contrats des compagnies d'assurance. Dans nos recherches sur les diverses mesures de compression possibles et les meilleures pratiques en matière de gestion des avantages sociaux liés aux soins de santé, nous avons constaté qu'il y a essentiellement deux types de stratégies. Les stratégies

faisant partie de la première catégorie impliquent de négocier avec les syndicats avant leur mise en oeuvre, tandis que celles relevant de la deuxième catégorie peuvent vraisemblablement être adoptées sans l'approbation des syndicats ou des négociations avec eux.

Les stratégies de compression qui nécessitent des négociations avec les syndicats sont généralement celles qui visent à réduire les avantages sociaux ou à augmenter la part du coût des avantages sociaux assumée par l'employé. Selon nos recherches, les employeurs doivent reconnaître que le fait de restreindre les avantages liés aux soins de santé peut être un bon moyen de limiter les coûts à court terme, mais que tout changement éventuel doit être analysé de façon à s'assurer qu'il ne nuira pas à la santé et à la productivité des employés à long terme.

Voici des exemples de stratégies de compression qui impliqueraient des négociations avec les syndicats :

- Exclusion des médicaments vendus sans ordonnance – Actuellement, si ces médicaments ont été prescrits par un médecin, leur coût est remboursable même si on peut les acheter sans ordonnance. Le SCG a évalué que l'élimination des médicaments vendus sans ordonnance du régime d'avantages sociaux ferait économiser environ 2,6 millions de dollars par année.
- Exclusion d'avantages sociaux ou réduction des niveaux de remboursement – Par exemple, on pourrait réduire les niveaux de remboursement pour les médicaments de 90 à 75 pour 100 ou rendre non admissibles certains avantages qui étaient admissibles à l'assurance.
- Utilisation d'un réseau préférentiel de fournisseurs – On pourrait négocier des frais d'ordonnance réduits ou des prix maximums pour les médicaments largement consommés, ou les deux, avec certaines chaînes de pharmacies. Les employés seraient enclins à faire leurs achats dans ces pharmacies, étant donné que seuls les frais d'ordonnance réduits ou les prix maximums seraient remboursables.
- Obligation d'opter pour un produit générique – À moins que l'ordonnance porte la mention «Pas de substitution», le coût des médicaments de marque ne serait pas remboursé s'il existe un produit générique.

Nous avons noté que le ministère avait préparé en juillet 1995 un document sur la rémunération des employés de la fonction publique de l'Ontario qui énumérait un certain nombre de mesures de compression possibles. Ce document contenait des données sur les économies escomptées grâce à certaines stratégies de compression des coûts, mais il ne comportait aucun renseignement sur les répercussions que les changements pourraient avoir sur la santé des employés. Le SCG nous a informés que les répercussions possibles des stratégies proposées avaient été examinées, même s'il n'avait pas produit de documents à ce sujet. Le SCG nous a dit que certaines des mesures de compression en question avaient été présentées à la table de négociation dans le cadre des négociations de 1996 avec le Syndicat des employés et employées de la fonction publique de l'Ontario (SEEFPO) en vue de la conclusion d'une nouvelle convention collective.

3.11

Recommandation

Afin que les décisionnaires du gouvernement disposent de l'information appropriée avant les prochaines négociations avec les syndicats, le Secrétariat du Conseil de gestion devrait également documenter les effets possibles des changements sur la santé et la productivité à long terme de ses employés lorsqu'il mettra à jour son analyse des répercussions financières des diverses options en matière de compression des coûts.

Réponse du ministère

Le Secrétariat du Conseil de gestion a l'habitude d'analyser les coûts et de définir, en prévision des négociations, les options en matière de réduction des coûts ainsi que les améliorations possibles, et c'est ce que nous ferons en vue des prochaines négociations en 1998. Des ressources humaines appropriées seront consacrées à cela pour s'assurer que l'analyse est complète et qu'elle tient compte du nouveau contexte où l'on traitera avec plusieurs agents de négociation.

Dans le cadre de cette analyse, on se penchera notamment sur les répercussions sur la santé et la productivité des employés, comme on l'a fait dans le passé; toutefois, cette analyse sera désormais documentée.

Il existe également un certain nombre de stratégies de compression des coûts qui visent soit à réduire la demande de services de soins de santé, soit à diminuer les coûts en informant les assurés afin d'en faire des consommateurs avertis. De telles mesures permettent d'abaisser les coûts sans réduire les avantages sociaux fournis et, par conséquent, sont peu susceptibles de nécessiter de négociations avec les syndicats. Voici des exemples de ce type de stratégies :

- Communications avec les employés – On pourrait renseigner les employés, au moyen de bulletins d'information, sur le coût des avantages sociaux et sur les changements apportés aux divers régimes d'avantages sociaux et leur donner des conseils pour en faire des consommateurs avertis en matière de soins de santé.
- Inscription préalable – On pourrait exiger des employés qu'ils confirment régulièrement des renseignements sur l'assurance du conjoint et sur l'admissibilité des personnes à charge.
- Gestion des cas d'invalidité – On pourrait gérer de façon plus active les cas d'invalidité de courte durée et ceux qui risquent de devenir des cas d'invalidité de longue durée.
- Sélection des compagnies d'assurance – On pourrait lancer régulièrement des appels d'offres concernant les services fournis par les compagnies d'assurance en vue de réduire les frais d'administration et d'améliorer les services obtenus d'elles.

-
- Rendement des compagnies d'assurance – On pourrait s'assurer que les compagnies d'assurance ont l'obligation contractuelle de régler les demandes avec précision, de satisfaire aux normes de rendement et de fournir des renseignements détaillés sur les coûts relatifs aux demandes de règlement.
 - Vérifications auprès des compagnies d'assurance – On pourrait mener régulièrement des vérifications auprès des compagnies d'assurance pour déterminer si les demandes de règlement sont traitées conformément aux divers régimes.

Le SCG nous a informés qu'une des raisons pour lesquelles il n'avait mis en oeuvre complètement qu'une des stratégies de compression des coûts mentionnées ci-dessus est la réduction importante, au cours des six dernières années, du nombre d'employés chargés de la gestion des avantages sociaux. Plus précisément, leur nombre est passé de six à trois. Nous croyons que le SCG devrait s'intéresser plus activement à ces stratégies, mais nous reconnaissons qu'il serait peut-être nécessaire, à tout le moins au départ, d'investir davantage dans les ressources. En effet, nous sommes d'avis que cet investissement rapporterait de bons dividendes.

Nos constatations et nos recommandations particulières ayant trait aux stratégies de compression des coûts qui, à notre avis, méritent d'être examinées par le SCG sont formulées dans le reste du présent rapport.

COMMUNICATIONS AVEC LES EMPLOYÉS

Selon un récent sondage effectué par Paie et Avantages sociaux, de Santé Canada, et une grande firme d'experts-conseils en matière d'avantages sociaux, les communications avec les employés sont considérées comme l'une des mesures de compression des coûts les plus importantes par les 203 organismes qui ont répondu et qui, au total, comptaient plus de 570 000 employés. En outre, notre expert-conseil nous a informés que les employeurs reconnaissent de plus en plus l'importance d'établir un partenariat avec les employés en vue de réduire les coûts. Il a indiqué que les communications avec les employés, à plus forte raison si elles sont jumelées à d'autres stratégies de compression des coûts, peuvent s'avérer un bon moyen de les sensibiliser à la nécessité de travailler de concert afin d'assurer l'abordabilité future des régimes d'avantages sociaux, de les inciter à modifier leur comportement relativement aux soins de santé et de leur communiquer les changements apportés aux régimes.

La plupart des représentants d'organismes que nous avons rencontrés nous ont informés qu'ils communiquaient régulièrement avec les employés au moyen de bulletins périodiques sur les avantages sociaux relatifs aux soins de santé qui ont deux thèmes communs. Premièrement, les employés étaient informés des récentes augmentations de coûts importantes. Deuxièmement, les bulletins soulignaient la nécessité pour les employés d'aider à contenir les coûts en se révélant des consommateurs avertis en matière de soins de santé. Voici quelques exemples d'éléments contenus dans ces bulletins :

- On y informait les employés que les frais d'ordonnance variaient grandement, allant de 2 \$ à 16 \$ l'ordonnance, et on y fournissait une liste de pharmacies dont les frais d'ordonnance étaient les plus bas.

3.11

- On y expliquait les économies importantes qui pouvaient résulter de la substitution d'un produit générique à un médicament de marque lorsque cela était acceptable par le prestataire des soins de santé.
- Un organisme a inséré dans le bulletin de chaque employé un état récapitulatif annuel des prestations qui lui ont été versées au titre des soins de santé.

Pour illustrer les avantages qui peuvent résulter de communications accrues avec les employés, précisons que nos recherches ont indiqué qu'une entreprise avait réduit l'augmentation annuelle du coût de ses médicaments, qui était de 10 à 15 pour 100, à moins de 3 pour 100 en fournissant à ses employés de l'information à transmettre à leurs médecins et à leurs pharmaciens au sujet des substitutions acceptables de produits génériques à des médicaments de marque.

Nous avons noté qu'à l'exception des avis de changement relatifs aux primes, le SCG n'avait fourni aux employés du gouvernement aucun renseignement au cours des quatre dernières années au sujet de l'augmentation importante du coût des avantages sociaux relatifs aux soins de santé. Le SCG ne leur avait pas non plus demandé leur aide pour freiner la hausse des coûts en leur communiquant de l'information leur permettant de prendre des décisions plus économiques quant aux soins de santé.

Recommandation

Pour aider à freiner la montée vertigineuse du coût des avantages sociaux relatifs aux soins de santé, le Secrétariat du Conseil de gestion devrait communiquer aux employés les avantages mutuels de la prise de décisions moins coûteuses quant aux soins de santé et leur fournir de l'information pour en faire des consommateurs avertis en matière de soins de santé.

Réponse du ministère

Le Secrétariat du Conseil de gestion est en train d'élaborer une stratégie de communication globale sur les avantages sociaux qui est axée sur l'approche dite «du consommateur averti». En guise de première étape, le Secrétariat du Conseil de gestion a commencé à publier dans topical - le bulletin des employés du gouvernement - une série d'articles mensuels sur les avantages sociaux intitulée «Focus on Benefits». Le premier article est paru dans le numéro du 25 avril 1997. Cette série porte sur l'utilisation responsable des avantages sociaux, leur coût et les avantages sociaux de base auxquels les employés sont admissibles.

En outre, il y aura des communications directes avec les employés au moyen de feuillets annexés à la fiche de paie, s'il y a lieu, et grâce à l'Intranet. Dans la mesure du possible, la stratégie reposera sur des messages conjoints de l'employeur et des groupes d'employés.

INSCRIPTION PRÉALABLE

Lorsqu'un nouvel employé adhère aux divers régimes d'avantages sociaux, on se contente d'indiquer à la compagnie d'assurance s'il a une assurance familiale. Des renseignements sur les personnes à charge admissibles ne sont entrés dans le système des demandes de règlement des compagnies d'assurance que lorsque la première demande de règlement est soumise pour une personne à charge particulière.

Lorsque les demandes de règlement ont trait au conjoint d'un employé, ce dernier devrait indiquer sur le formulaire de demande de règlement si son conjoint bénéficie également d'avantages sociaux par l'entremise de son employeur. Si tel est le cas, c'est à l'employeur du conjoint qu'il incombe principalement de régler les demandes de ce dernier. Lorsque les deux personnes sont couvertes par leur employeur respectif, les demandes concernant les enfants à charge sont réglées principalement par l'employeur de celle dont l'anniversaire survient le premier dans l'année civile.

Par conséquent, il est essentiel que la compagnie d'assurance dispose de renseignements fiables sur les personnes à charge de l'employé et qu'elle sache si le conjoint bénéficie d'autres avantages sociaux. Autrement, elle risque que des employés leur présentent pour leur conjoint et leurs personnes à charge des demandes de règlement qui auraient dû être présentées à l'employeur du conjoint ou qui ont déjà été réglées dans le cadre du régime de ce dernier.

Pour réduire au minimum ce risque, les employeurs ont de plus en plus tendance à adopter un système appelé inscription préalable. En vertu de ce système, l'employeur demande régulièrement aux employés de fournir des renseignements sur leurs personnes à charge et sur les assurances du conjoint.

Dans le cadre de nos vérifications auprès des deux compagnies d'assurance, nous avons passé en revue un échantillon de 92 demandes de règlement relatives à l'assurance dentaire et à l'assurance-santé supplémentaire pour des frais engagés par le conjoint ou par des personnes à charge. Dans 24 pour 100 des cas, les auteurs des demandes n'avaient pas rempli la partie du formulaire de demande de règlement où il faut préciser si le conjoint bénéficie d'autres avantages. Pourtant, les compagnies d'assurance en question ont quand même traité les demandes de règlement étant donné que les auteurs n'avaient pas indiqué auparavant que le conjoint était assuré. Par conséquent, le gouvernement a pu régler des demandes pour des employés dont le conjoint avait un emploi et bénéficiait d'une assurance. De plus, lorsque des demandes de règlement concernant des enfants à charge étaient soumises et que la date de naissance du conjoint précédait dans l'année celle de l'employé du gouvernement, il se pouvait que le règlement des demandes incombe principalement à l'employeur du conjoint et non au gouvernement.

Le SCG nous a informés que les deux compagnies d'assurance traitaient les demandes de règlement sans se soucier si l'auteur de la demande avait répondu comme il se doit à la question sur l'assurance du conjoint. Toutefois, l'une des compagnies d'assurance limite le traitement dans de telles circonstances aux demandes de règlement de moins de 200 \$. L'autre compagnie nous a informés que bon nombre de ses autres titulaires de régime exigeaient effectivement que la partie du formulaire de demande de règlement sur l'assurance du conjoint ait été remplie pour qu'elle traite la demande de règlement.

3.11

Notre expert-conseil nous a indiqué que les économies annuelles liées à l'inscription préalable pourraient être de l'ordre de 2 à 8 pour 100 des frais dentaires et d'assurance-santé supplémentaire. Compte tenu des dépenses actuelles, l'inscription préalable pourrait procurer des économies annuelles de l'ordre de 1,9 million à 7,5 millions de dollars, si l'on fait abstraction du besoin de concevoir des systèmes et de tous les frais courants liés à la mise en oeuvre de l'inscription préalable.

De plus, deux des organismes visités, qui avaient beaucoup moins d'employés que le gouvernement de l'Ontario, nous ont informés qu'ils avaient récemment instauré l'inscription préalable et qu'ils avaient réalisé des économies importantes ou s'attendaient à de telles économies. L'un d'eux évaluait ses économies à 500 000 \$ la première année tandis que l'autre s'attendait à faire des économies pouvant atteindre 2 millions de dollars par année. Les deux organismes avaient informé leur syndicat de l'adoption du système d'inscription préalable, même si leur approbation n'était pas nécessaire.

Nous avons noté que le SCG n'avait jamais mis en oeuvre le système d'inscription préalable. Le SCG a indiqué qu'une fois que l'installation du système général d'information sur les ressources humaines sera terminée en 1998, l'inscription préalable sera davantage possible et sera sérieusement envisagée.

Recommandation

Pour aider à faire en sorte que les demandes de règlement relatives à l'assurance-santé supplémentaire et à l'assurance dentaire ne soient réglées que dans le cas des bénéficiaires admissibles, le Secrétariat du Conseil de gestion devrait instaurer l'inscription préalable, selon lequel les employés doivent régulièrement fournir des renseignements détaillés au sujet de l'assurance du conjoint et de l'admissibilité des membres de la famille.

Réponse du ministère

Le Secrétariat du Conseil de gestion convient que nous devons examiner de nouvelles façons de restreindre le coût des avantages sociaux. Le gouvernement se prépare actuellement à mettre en oeuvre un nouveau système général d'information sur les ressources humaines, et nous convenons qu'il devrait examiner la question de l'inscription préalable dans le cadre de l'implantation de ce système dans l'ensemble de la fonction publique de l'Ontario.

Une analyse coûts-avantages sera effectuée pour confirmer les économies que pourrait procurer l'inscription préalable comparativement aux coûts d'établissement et de mise en oeuvre pour l'employeur.

GESTION DE L'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Le coût des demandes de règlement relatives à l'assurance-invalidité de longue durée a augmenté d'environ 40 pour 100, passant de 34 millions de dollars qu'il était en 1992 à 48 millions de dollars en 1996. Les employés qui fournissent la preuve qu'ils ont été totalement invalides pendant plus de six mois sont admissibles à des prestations d'invalidité. La prestation mensuelle équivaut à 66 2/3 pour 100 du salaire brut de l'employé. Pendant ses six premiers mois d'absence, l'employé est couvert par le régime de congés de maladie de courte durée du gouvernement qui fournit la totalité du salaire pendant six jours et 75 pour 100 du salaire pour le reste du temps.

Deux compagnies d'assurance traitent les demandes de règlement relatives à l'assurance-invalidité de longue durée du gouvernement. L'employé présente d'abord directement à la compagnie d'assurance la demande relative à l'assurance-invalidité de longue durée et les documents médicaux fournis par son médecin. La compagnie d'assurance demande souvent des renseignements médicaux supplémentaires au médecin de l'employé et peut exiger que ce dernier subisse un examen médical indépendant. Les médecins-experts de la compagnie d'assurance passent en revue ces renseignements et approuvent ou rejettent la demande de règlement. En cas de rejet, l'employé a le droit d'interjeter appel de la décision.

Nos recherches et nos discussions avec d'autres organismes et notre expert-conseil ont indiqué qu'il est essentiel d'intervenir tôt pour obtenir que les employés retournent au travail rapidement. Une telle intervention réduit non seulement la durée des absences courtes de moins de six mois, mais également le nombre des demandes de règlement éventuelles relatives à l'assurance-invalidité de longue durée. Les études ont indiqué que de 10 à 15 pour 100 seulement des employés malades qui ont cessé de travailler depuis plus d'un an réussissent à retourner au travail.

Même si le gouvernement a cherché et essayé diverses formules au cours des deux dernières années, le SCG n'a mis en oeuvre aucun programme concerté d'intervention rapide pour aider les employés au début de leur absence et ainsi réduire la possibilité d'une demande de règlement relative à l'assurance-invalidité de longue durée. Le SCG nous a informés que chaque ministère continue entre-temps à gérer son régime de congés de maladie de courte durée de diverses façons et que des certificats médicaux doivent être produits pour les absences de plus de cinq jours consécutifs conformément à la convention collective conclue avec le SEEFPO.

Plusieurs grands organismes qui avaient récemment instauré un programme d'intervention rapide nous ont informés qu'ils avaient dans certains cas communiqué avec des employés absents après seulement une semaine pour discuter des détails de leur absence et qu'ils leur avaient demandé de quelle façon ils pouvaient les aider. En outre, les organismes ou leurs compagnies d'assurance ont parfois demandé des renseignements détaillés, médicaux ou autres, à l'employé bien avant qu'il devienne admissible à soumettre une demande d'indemnité de longue durée. Un organisme nous a indiqué que son programme de gestion de l'assurance-invalidité de longue durée lui avait permis de réduire sensiblement le nombre des demandes de règlement.

Une forme de réadaptation comme la physiothérapie est également une autre excellente façon d'aider les employés malades à retourner au travail. Nos recherches et nos discussions avec d'autres organismes ont indiqué que les employés sont normalement

3.11

tenus de participer à un programme de réadaptation si une compagnie d'assurance le juge nécessaire. Toutefois, le SCG nous a avisés que selon les conventions collectives conclues avec les agents de négociation, l'employé n'a pas à se soumettre à un programme de réadaptation pour avoir droit à des prestations d'invalidité de longue durée. Notre examen d'un échantillon de demandes de règlement relatives à l'assurance-invalidité de longue durée dans deux compagnies d'assurance a révélé qu'un certain nombre d'auteurs de demande de l'une des compagnies avaient, à un moment donné, refusé de participer à un programme de réadaptation. Dans ces cas-là, la compagnie d'assurance continue de suivre et d'évaluer l'état de santé de l'auteur de la demande.

Recommandations

Pour aider à abréger les absences de courte durée et à repérer les demandes de règlement éventuelles relatives à l'assurance-invalidité de longue durée, le Secrétariat du Conseil de gestion devrait mettre en oeuvre un programme d'intervention rapide.

De plus, le Secrétariat du Conseil de gestion devrait tenter de modifier son régime d'invalidité de longue durée pour exiger que les employés malades participent aux programmes de réadaptation recommandés par ses compagnies d'assurance.

Réponse du ministère

Le gouvernement souscrit à l'idée d'instaurer un programme d'intervention rapide à l'échelle de la fonction publique de l'Ontario et fait actuellement le nécessaire pour y parvenir. Le programme en voie d'être mis sur pied s'inspire du projet pilote du ministère du Solliciteur général et des Services correctionnels qui a été couronné de succès et auquel ont participé les cadres du ministère et les compagnies d'assurance.

Le Secrétariat du Conseil de gestion est au courant des initiatives prises très récemment par certains employeurs pour recourir dès le stade initial à l'aide d'une tierce partie. Nous projetons de comparer les résultats de ces initiatives avec ceux de notre nouveau programme ministériel.

Par ailleurs, l'examen par le Secrétariat du Conseil de gestion et les compagnies d'assurance des étapes à suivre avant le versement des prestations d'invalidité de longue durée aidera les ministères et les auteurs de demande de règlement en facilitant un retour au travail rapide. Cet examen comprendra l'accès aux programmes de réadaptation et la participation des auteurs de demande à ces programmes.

Pour qu'on puisse exiger que les employés malades participent aux programmes de réadaptation recommandés par les compagnies d'assurance, il faudra négocier des modifications aux conventions collectives.

SÉLECTION DE COMPAGNIES D'ASSURANCE

Étant donné qu'il est son propre assureur, le gouvernement rembourse aux compagnies d'assurance le montant réel des prestations qu'elles ont versées aux employés et leur paie des frais d'administration en contrepartie des services de traitement et de règlement des demandes. Pour l'exercice financier des compagnies d'assurance terminé le 31 juillet 1996, le gouvernement a payé à ses trois compagnies d'assurance des frais d'administration d'environ 6,5 millions de dollars, ce qui représentait environ 3,6 pour 100 des 179 millions de dollars versés en prestations aux employés, si l'on fait abstraction des frais d'administration, des taxes sur les primes et des intérêts.

Pendant un bon nombre d'années jusqu'en 1994, le SCG a eu recours aux mêmes compagnies d'assurance pour gérer les divers régimes d'avantages sociaux. Cependant, en 1995, le SCG a lancé un appel d'offres pour la gestion du régime d'assurance dentaire des employés syndiqués et, en 1996, il en a lancé un autre pour la gestion des régimes des employés non syndiqués. Toutes les propositions ont été dûment évaluées selon des critères prédéterminés qui comprenaient les frais d'administration, les niveaux de service et d'autres facteurs de rendement clés. En 1996, le SCG a entamé des négociations avec une troisième compagnie d'assurance qui gère tous les régimes des employés syndiqués, à l'exception du régime d'assurance dentaire. On nous a informés que le SCG avait réussi à négocier une réduction importante des frais d'administration annuels payés à cette compagnie d'assurance.

Grâce à la récente stratégie visant à obtenir de nouvelles offres et à renégocier les contrats des compagnies d'assurance, le ministère prévoit faire des économies d'environ 2 millions de dollars par année sur les frais d'administration payés à ses trois compagnies d'assurance.

NORMES DE RENDEMENT DES COMPAGNIES D'ASSURANCE

La première étape qui suit le processus d'appel d'offres est la négociation d'un contrat avec la compagnie d'assurance choisie pour déterminer les éléments des régimes d'avantages sociaux, notamment les critères d'admissibilité, et les frais d'administration. Dans bien des cas, l'étape suivante consiste à négocier une entente sur les normes de rendement avec la compagnie d'assurance. Une entente de ce genre permet à l'employeur de tenir la compagnie d'assurance responsable de l'administration du régime et comprend habituellement des normes de rendement (p. ex. les taux d'erreurs et le délai de traitement des demandes de règlement). Souvent, des pénalités et des stimulants financiers sont prévus dans les ententes de cette nature. Nos recherches et nos discussions avec d'autres grands employeurs des secteurs public et privé ont indiqué que de nombreux organismes avaient négocié des ententes sur les normes de rendement avec leurs compagnies d'assurance.

Nous avons examiné les ententes sur les normes de rendement que le SCG avait conclues avec ses trois compagnies d'assurance et nous avons fait les constatations suivantes :

- Lorsque nous avons effectué notre vérification, le SCG était en train de mettre au point les derniers détails du contrat adjudgé vers la fin de 1996 pour la gestion de tous les régimes des employés non syndiqués. Nous avons été informés que le ministère prévoyait de négocier des ententes sur les normes de rendement avec cette compagnie.

3.11

- Le SCG n'a pas d'entente sur les normes de rendement avec la compagnie d'assurance qui s'est vu octroyer le contrat d'assurance dentaire pour les employés syndiqués au milieu de 1995, ni avec la compagnie qui gère les divers régimes des employés syndiqués, sauf l'assurance dentaire. Le SCG nous a informés qu'il était en train de négocier des ententes de ce genre avec ces compagnies.

Nous ferons un suivi dans ce dossier des négociations du SCG avec les compagnies d'assurance en vue de la conclusion d'ententes sur les normes de rendement.

VÉRIFICATION DES ACTIVITÉS DE TRAITEMENT DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Étant donné la relation de fiduciaire qui existe avec les compagnies d'assurance, il n'est pas déraisonnable que les employeurs se fient à ces dernières pour traiter les demandes de règlement conformément aux dispositions des régimes d'avantages sociaux. Néanmoins, les employeurs prudents obtiennent l'assurance que leurs assureurs traitent avec exactitude les demandes de règlement relatives à l'assurance-santé.

Selon l'expert-conseil en matière d'avantages sociaux auquel nous avons eu recours, la seule façon d'évaluer avec précision si une compagnie d'assurance traite les demandes de règlement conformément aux dispositions des régimes d'avantages sociaux est de vérifier un échantillon des demandes de règlement traitées par cette compagnie. Notre expert-conseil a également indiqué que des vérifications régulières aident à déterminer si les compagnies d'assurance se conforment aux ententes sur les normes de rendement. De plus, nos discussions avec d'autres organismes ont révélé qu'il est pratique courante d'effectuer régulièrement ce genre de vérification. L'un des organismes nous a informés que sa compagnie d'assurance fait l'objet de vérifications parce que «c'est notre argent qu'elle dépense». Les trois provinces avec lesquelles nous avons communiqué ont également déclaré qu'elles effectuent des vérifications du traitement des demandes de règlement par les compagnies d'assurance.

Le SCG n'avait jamais vérifié d'échantillon de demandes de règlement auprès de compagnies d'assurance ni évalué le caractère adéquat du contrôle du traitement des demandes de règlement pour s'assurer que seules les demandes de règlement valides étaient traitées. Le SCG nous a avisés qu'il comptait sur les vérificateurs internes des compagnies d'assurance pour assurer le respect des contrats et sur les plaintes des employés au sujet des demandes de règlement rejetées pour obtenir une certaine indication de l'exactitude du traitement des demandes de règlement. Toutefois, le SCG n'a pas reçu des compagnies d'assurance de rapports des vérificateurs internes ni de renseignements, tels que les taux d'erreurs, des statistiques ayant trait à la coordination des avantages sociaux ou le nombre de demandes de règlement rejetées.

Comme le SCG n'avait jamais effectué de vérification auprès de ses compagnies d'assurance, nous avons fait un certain travail de vérification dans deux des trois compagnies d'assurance. Dans le cadre de cet exercice, nous n'avons pas évalué l'efficacité des services de réadaptation ou des procédés de contrôle des demandes de règlement des compagnies d'assurance, mais nous avons vérifié le calcul des prestations d'invalidité et examiné le contrôle continu de l'état de santé des auteurs de demande pour un petit échantillon de demandes de règlement relatives à l'assurance-invalidité de longue

durée. Nous nous sommes également penchés sur un petit échantillon de demandes de règlement relatives à l'assurance-santé supplémentaire et à l'assurance dentaire.

Cet examen d'échantillons nous a permis de faire les constatations suivantes :

- Une compagnie s'assurait que les auteurs de demande de règlement admissibles présentaient une demande de prestations d'invalidité dans le cadre du Régime de pensions du Canada (RPC) et réduisait en conséquence le montant des prestations d'invalidité de longue durée. Cependant, dans l'autre compagnie d'assurance, nous avons constaté que 20 pour 100 des demandes de règlement examinées en ce qui touche l'assurance-invalidité de longue durée semblaient être admissibles à des prestations d'invalidité du RPC ou à des prestations plus élevées du RPC en raison de la naissance d'une personne à charge supplémentaire. Dans ces cas-là, les prestations du RPC réduiraient le montant des prestations d'invalidité de longue durée payées par la compagnie d'assurance au nom du SCG. Nous avons estimé que la compagnie pourrait recouvrer au nom du gouvernement jusqu'à 65 000 \$ en prestations du RPC pour ces auteurs de demande de règlement.
- Dans les cas où les auteurs de demande de règlement concernant l'assurance-invalidité de longue durée tirent un revenu d'un emploi à temps partiel, ce revenu doit être défalqué des prestations d'invalidité de longue durée. Dans 30 pour 100 des dossiers d'assurance-invalidité de longue durée que nous avons examinés dans une des compagnies d'assurance, l'auteur de la demande avait gagné un revenu mais les prestations d'invalidité de longue durée n'avaient pas été réduites en conséquence. Nous avons évalué que la compagnie d'assurance avait payé environ 5 000 \$ de trop à ces personnes.
- Afin que les auteurs de demande de règlement continuent d'être admissibles aux prestations d'invalidité de longue durée, les compagnies d'assurance doivent demander et examiner régulièrement des renseignements médicaux à jour sur leur état de santé. Nous avons étudié un échantillon de demandes de règlement relatives à l'assurance-invalidité de longue durée et constaté que les compagnies d'assurance demandaient régulièrement ces renseignements. Nous avons également noté que les besoins en réadaptation dans les cas d'invalidité de longue durée étaient évalués par les services de réadaptation des compagnies d'assurance.
- Il y a un manque d'uniformité dans le traitement par les deux compagnies d'assurance des formulaires non signés de demande de règlement relative à l'assurance dentaire ou à l'assurance-santé supplémentaire. Nous avons remarqué que pour 7 pour 100 des demandes de règlement que nous avons examinées dans une compagnie d'assurance, l'auteur de la demande n'avait pas signé le formulaire attestant que les renseignements fournis étaient exacts. Cette compagnie d'assurance nous a informés qu'elle avait traité les formulaires non signés pour les demandes de règlement ne dépassant pas 200 \$. Dans l'autre compagnie d'assurance, nous avons constaté que tous les formulaires de demande de règlement que nous avons examinés étaient signés par les auteurs. Cette compagnie retourne tous les formulaires de demande de règlement non signés aux employés pour signature parce que l'absence de signature sur le formulaire de demande de règlement augmente le risque qu'il s'agisse d'une demande non admissible.

3.11

D'après les résultats obtenus pour les échantillons que nous avons examinés, nous sommes d'avis que des vérifications régulières auprès des compagnies d'assurance comporteraient des avantages. De telles vérifications permettraient, par exemple, de déceler les incohérences dans le traitement des demandes de règlement. Dans nos discussions avec un certain nombre d'organismes, nous avons appris que certains d'entre eux demandaient à leur personnel de vérification interne d'effectuer des vérifications auprès de leurs compagnies d'assurance, tandis que d'autres avaient recours à des firmes d'experts-conseils en matière d'avantages sociaux pour effectuer ce genre de vérifications pour leur compte.

Recommandation

Afin de déterminer si les compagnies d'assurance traitent les demandes de règlement conformément aux régimes d'avantages sociaux, se conforment aux ententes sur les normes de rendement et calculent avec exactitude les prestations d'assurance-invalidité de longue durée, le Secrétariat du Conseil de gestion devrait demander les vérifications appropriées.

Réponse du ministère

Le Secrétariat du Conseil de gestion demandera des vérifications auprès des compagnies d'assurance, conformément à ce que prévoit son plan de vérification de 1997-1998. Dans le cadre de ces vérifications, on s'assurera que les demandes sont réglées conformément aux dispositions du régime d'avantages sociaux, notamment en ce qui touche le calcul des prestations d'invalidité de longue durée, et on évaluera dans quelle mesure les normes énoncées dans les contrats des assureurs sont respectées.

MESURE ET COMPTE RENDU DES RÉSULTATS

La Direction de la rémunération du SCG a la responsabilité de surveiller la gestion des régimes d'avantages sociaux relatifs aux soins de santé. Elle nous a informés que son objectif était «d'administrer la politique générale en matière d'avantages sociaux, d'élaborer des solutions économiques en ce qui touche les régimes d'avantages sociaux et de sous-traiter la gestion des régimes d'avantages sociaux «au meilleur coût possible»». Cependant, cet objectif ne figurait dans aucun des plans d'activités ou des autres documents des directions, des divisions et du ministère.

La Direction avait mis au point plusieurs indicateurs ayant trait surtout à la qualité pour mesurer l'atteinte de son objectif. Il sera particulièrement important de disposer d'un plus grand nombre d'indicateurs quantifiables montrant à quel point la Direction réussit à gérer de façon économique les dépenses en matière de soins de santé si elle commence à évaluer et à mettre en oeuvre certaines stratégies de compression des coûts. Ces indicateurs quantifiables pourraient comprendre :

-
- la comparaison des coûts annuels des avantages sociaux par employé et par régime avec des données repères provenant d'autres provinces et grands employeurs;
 - le délai de traitement des demandes de règlement par les compagnies d'assurance et l'exactitude du traitement, d'après les données fournies par les compagnies d'assurance et les résultats des vérifications menées auprès des compagnies d'assurance si l'on décide de donner suite à cette recommandation;
 - le nombre d'auteurs de demande de règlement réparti selon la durée de la période d'invalidité (par exemple, moins de deux ans ou plus de deux ans).

Nous avons également étudié le plan d'activités du SCG et avons constaté que les frais de gestion des avantages en matière de soins de santé n'étaient pas inclus. Étant donné que le coût des avantages sociaux est de l'ordre de 200 millions de dollars par année et qu'il augmente rapidement, un indicateur de la croissance par personne pourrait servir d'indicateur de haut niveau dans le plan d'activités du SCG.

Recommandation

Le Secrétariat du Conseil de gestion devrait définir clairement son objectif en ce qui concerne la gestion des régimes d'avantages sociaux relatifs aux soins de santé et établir des indicateurs de rendement appropriés pour mesurer à quel point il atteint son objectif et rendre compte des résultats.

Réponse du ministère

Des indicateurs de rendement objectifs et quantifiables en ce qui a trait à la gestion des avantages sociaux relatifs aux soins de santé seront établis et précisés dans le prochain plan d'activités de la Division des ressources humaines. Par ailleurs, le Secrétariat du Conseil de gestion envisagera d'inclure des indicateurs de rendement dans son plan d'activités ministériel pour ce qui est des avantages sociaux relatifs aux soins de santé.

Les activités liées à l'adoption de ces mesures feront partie des contrats de rendement des principaux cadres qui sont comptables de la politique sur les avantages sociaux et des programmes dans ce domaine.

On se rendra compte des résultats par le biais de l'évaluation du rendement et des rapports sur les résultats du plan d'activités.