

## STATE SELF-INSURED HEALTH AND WELFARE FUND GROUP



STATE SELF-INSURED  
HEALTH AND WELFARE  
FUND GROUP  
ÉTATS-UNIS

**Secteur :**  
Gouvernement et Soins de  
santé

**CGI Federal Inc. a entrepris la vérification complète des demandes d'indemnité en assurance médicaments d'un important *State Self-Insured Health and Welfare Fund Group* (groupe de caisses de santé et de bien-être auto-assurées) d'un état du sud-ouest américain. L'historique des demandes d'indemnisation couvrait une période de 19 mois et comprenait 947 303 demandes totalisant 26 339 454 \$. Les conditions du régime d'assurance médicaments étaient semblables pour tous les assurés et des restrictions s'appliquaient à plusieurs catégories de médicaments qui étaient exclues.**

### Le défi

Les gestionnaires du régime étaient insatisfaits des services de la société de gestion des programmes de médicaments avec laquelle elle faisait affaire ainsi que de ceux du fournisseur chargé de l'examen de l'utilisation des médicaments (EUM), en raison de plaintes reçues et de l'absence de réactions quant à leurs demandes visant l'amélioration des fonctions administratives et des procédures de reddition de comptes. En outre, par suite d'erreurs administratives, d'une déficience relativement aux commandes d'édition en matière de décisions ainsi que d'une collaboration lacunaire du gestionnaire des programmes de médicaments quand il s'agissait de répondre aux demandes de renseignements des pharmacies du réseau, ces dernières se trouvaient démunies quand venait le temps de corriger des erreurs liées aux paramètres du régime, menant ainsi possiblement à d'autres utilisations incorrectes du régime d'assurance médicaments.

### Comment CGI a aidé le client

En utilisant son propre système de vérification des demandes d'indemnité en assurance médicaments, le CAS-Rx, CGI a procédé à la vérification de l'intégrité de l'ensemble des paramètres de la structure d'indemnisation, de la procédure d'établissement des prix et des programmes rétrospectifs d'examen de l'utilisation des médicaments. Une vérification des ordonnances délivrées les plus coûteuses a dévoilé l'existence de cinq demandes totalisant plus de 16 000 \$ pour lesquelles les quantités autorisées étaient manifestement trop élevées. Il ressort que ces demandes n'avaient pas retenu l'attention au moment de la vérification interne effectuée par le gestionnaire des programmes de médicaments et qu'elles n'ont pas été signalées en vue d'un ajustement. Une vérification des médicaments injectables a révélé que 363 demandes totalisant 91 973 \$ avaient été facturées par erreur par l'intermédiaire de pharmacies de détail pour des articles touchant la chimiothérapie, des médicaments administrés en période préopératoire dans le contexte de chirurgies avec hospitalisation ainsi que des mélanges de solutions pour perfusion. Le client, tentant de diminuer la fréquence des frais d'exécution pour les répétitions d'ordonnances de médicaments d'entretien en exigeant l'approvisionnement pour 90 jours, a demandé la vérification du nombre d'ordonnances et du montant total des demandes en cause relativement à des provisions de moins de trente jours. Notre vérification a permis de relever 75 539 demandes au total qui ont été exécutées pour des approvisionnements de moins de trente jours. Si les commandes d'édition appropriées avaient été en place, les deux tiers des frais d'exécution d'ordonnance auraient pu être éliminés, ce qui aurait généré des économies additionnelles d'environ 100 000 \$. Une vérification portant sur la duplication des traitements a été conçue pour évaluer la qualité de l'examen de l'utilisation des médicaments et les erreurs commises par le gestionnaire des programmes de médicaments. La duplication des traitements est coûteuse, non seulement à cause des ordonnances délivrées inutilement, mais également en raison des complications médicales qu'elle peut entraîner. La vérification a été conçue de

manière très conservatrice dans le but de dévoiler les duplications extrêmes. Les doses quotidiennes maximales pour adultes ont été utilisées pour calculer une plage minimale d'approvisionnement quotidien. En tout, 14 921 cas ont été relevés pour lesquels un examen plus approfondi de l'utilisation des médicaments serait bénéfique à la fois pour le régime et pour les patients qui y adhèrent. La vérification, y compris l'analyse des adhérents, des pharmacies et des médecins, a également souligné les occasions où la gestion de cas et l'examen de l'utilisation des médicaments pourraient rendre possible une économie des dollars liée aux ordonnances futures, grâce à des stratégies d'intervention et d'identification des membres recourant à des médicaments très coûteux, présentant les taux les plus élevés d'utilisation et les montants les plus élevés de dépenses.

### **Les résultats**

Le recouvrement effectué grâce à la vérification se chiffrait à 771 695 \$ et concernait 391 254 demandes d'indemnisation pour des ordonnances. Il s'agit là d'une proportion de 2,9 % du total des dollars des demandes d'indemnisation pour des ordonnances et de 41 % du nombre total des demandes. De ces dollars, 30 % étaient attribués à des demandes dupliquées, 39 % à des erreurs dans l'établissement du prix de gros moyen et à des remises calculées incorrectement, et 31 % représentaient les remises effectuées pour des ordonnances de médicaments faisant partie des catégories exclues. Près de 97 % (377 908) des demandes recouvrées résultaient d'erreurs dans l'établissement du prix de gros moyen ou de remises appliquées à des médicaments de marques déposées. De ces demandes, plus de 342 000 faisaient l'objet d'erreurs de prix allant jusqu'à 1,00 \$, 33 000 se situaient entre 5 \$ et 1 \$ et le reste se situait entre 1 000 \$ et 10 \$.