

Base de données sur le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits — information sur les régimes : résumé des changements, 1er juillet 2012



## Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

#### Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

## Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

## Introduction

Le présent document se veut un résumé des changements apportés, de juin 2005 à juillet 2012, à l'information sur les régimes publics d'assurance-médicaments des provinces et des territoires qui soumettent des données au Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

La version du document d'information sur les régimes du SNIUMP dans laquelle les changements ont été apportés est documentée en tant que « version du rapport ».

Le document actuel d'information sur les régimes est la version de juillet 2012, accessible au <a href="http://www.icis.ca/medicaments">http://www.icis.ca/medicaments</a> ou dans la section Publications du site Web de l'ICIS.

#### Index:

- Colombie-Britannique
- Alberta
- Saskatchewan
- Manitoba
- Ontario
- Nouveau-Brunswick
- Nouvelle-Écosse
- Île-du-Prince-Édouard
- Terre-Neuve-et-Labrador
- Yukon
- Santé Canada Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
- Sites Web des régimes publics d'assurance-médicaments

# Résumé des changements

## Colombie-Britannique

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **février 2001**: Le régime relatif aux soins palliatifs (régime P) n'exige plus l'inscription des patients au volet soins palliatifs des soins à domicile et communautaires. (Version du rapport : janvier 2006)

**Depuis le 1** er janvier 2008 : PharmaCare ne rembourse plus les coûts des médicaments d'ordonnance ou des fournitures médicales payés avant la date d'inscription d'une famille au programme Fair PharmaCare. Ces coûts seront pris en compte dans la franchise et le maximum familial annuel accordé par le programme Fair PharmaCare, mais les frais excédant la franchise ne seront pas remboursés. (Version du rapport : janvier 2008)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> mai 2008 : Le programme PharmaCare couvre l'approvisionnement de médicaments pour les voyages à l'extérieur de la province jusqu'à concurrence de l'approvisionnement habituel permis par PharmaCare. (Version du rapport : juillet 2008)

#### Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 :

Politique intérimaire relative à l'établissement des prix des nouveaux médicaments génériques provenant de sources multiples. Lorsqu'il existe plus d'une source pour un nouveau médicament générique, le coût des ingrédients assumé par le régime PharmaCare est ajusté à l'aide d'un facteur de réduction du coût. Le facteur de réduction du coût est propre à chaque médicament générique et il correspond à la différence entre :

- le prix courant que demande le fabricant du nouveau médicament générique et
- 50 % du prix que demande le fabricant du médicament de marque équivalent en fonction du prix moyen des 12 derniers mois.

Politique intérimaire relative aux services d'adaptation des ordonnances des pharmaciens. Les pharmaciens ont droit au paiement concernant les services suivants d'adaptation des ordonnances :

- le renouvellement d'une ordonnance:
- la modification de la dose, de la formulation ou du schéma posologique d'une ordonnance afin d'améliorer les résultats pour le patient;
- le remplacement d'un médicament par un autre médicament de la même classe thérapeutique.

Pour renouveler une ordonnance ou modifier la dose, la formulation ou le schéma posologique d'une ordonnance, les pharmaciens recevront des frais d'exécution d'ordonnance allant jusqu'à 8,60 \$. Les pharmaciens qui remplaceront un médicament thérapeutique recevront jusqu'au double des frais maximums d'exécution d'ordonnance de PharmaCare de 8,60 \$ (à savoir 17,20 \$).

Ces politiques intérimaires font partie d'un accord intérimaire entre la province de la Colombie-Britannique et la BC Pharmacy Association, qui prendra fin le 31 décembre 2009. Toutefois, les parties ont convenu de conclure un accord à plus long terme prévoyant la reconduction de ces politiques ou de politiques semblables.

(Version du rapport : juillet 2009)

#### Depuis le 1<sup>er</sup> février 2009 :

La politique sur la fréquence de l'exécution des ordonnances limite le nombre de frais d'exécution d'ordonnance que le régime d'assurance-médicaments PharmaCare assume pour des médicaments délivrés au cours d'une période d'approvisionnement de moins de 28 jours :

- Le régime PharmaCare assume les frais d'exécution des médicaments délivrés tous les jours jusqu'à concurrence de trois fois par jour.
- Le régime PharmaCare assume les frais d'exécution des médicaments jusqu'à concurrence de cinq fois au cours d'une période d'approvisionnement de 2 à 27 jours.

(Version du rapport : juillet 2009)

**Depuis le 15 octobre 2009 :** Des changements réglementaires ont élargi la portée de la pratique des pharmaciens de la Colombie-Britannique de manière à inclure l'administration de vaccins. Les pharmaciens autorisés reçoivent 10 \$ pour chaque vaccin subventionné par l'État. (Version du rapport : juillet 2010)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **janvier 2010**: Une entente de transition est entrée en vigueur afin de couvrir la période nécessaire à l'élaboration d'une entente à long terme pour veiller au maintien des avantages précisés dans la politique intérimaire. (Version du rapport : juillet 2010)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **janvier 2010**: PharmaCare verse à toutes les pharmacies participantes un montant fixe pour fournir des services cliniques associés à l'adaptation des ordonnances par un pharmacien pour les patients, si le patient est résident de la Colombie-Britannique. Les frais des services cliniques sont payés, peu importe si le médicament ou le patient est couvert par le régime PharmaCare.

Les frais sont couverts seulement pour les adaptations des ordonnances telles que définies par la Professional Practice Policy 58 (PPP-58) du College of Pharmacists of BC :

- 1. le renouvellement d'une ordonnance;
- 2. la modification de la dose, de la formulation ou du schéma posologique d'une ordonnance;
- 3. le remplacement d'un médicament par un autre appartenant à la même classe thérapeutique.

#### Depuis le 28 juillet 2010 :

Le 7 juillet 2010, une nouvelle entente a été conclue entre le ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique, la BC Pharmacy Association (BCPhA) et l'Association canadienne des chaînes de pharmacies (ACCP).

Le remboursement maximum est passé de 8,60 \$ à 9,10 \$.

- Du 28 juillet au 14 octobre 2010, le facteur de réduction du coût pour les nouveaux médicaments génériques de multiples sources correspond à la différence entre
  - le prix courant du fabricant et
  - 42 % du prix que demande le fabricant du médicament de marque équivalent.

#### Depuis le 15 octobre 2010 :

- PharmaCare rembourse jusqu'à 9,60 \$ pour les frais d'exécution d'ordonnance.
- Les honoraires de capitation sont passés à 43,75 \$ pour les services de pharmacie dans les établissements de soins pour bénéficiaires en hébergement.
- Le montant maximal remboursable en vertu du programme PharmaCare pour les médicaments de marque et les médicaments génériques couverts par PharmaCare correspond au prix courant du fabricant, plus 8 %.
- Introduction d'une politique liée au paiement en totalité (pas de quote-part). Si un patient bénéficie d'une couverture complète de PharmaCare, une pharmacie n'est pas autorisée à recueillir un montant, directement de ce patient, qui excède le prix maximal des médicaments et le montant maximal autorisé pour les frais d'exécution d'ordonnance établi par PharmaCare. Cette politique s'applique aux patients couverts en vertu des plans B, C, D, F, G et P, ainsi qu'à ceux qui ont atteint le maximum familial du Fair PharmaCare.

(Version du rapport : janvier 2011)

• Au cours de la période du 15 octobre 2010 au 3 juillet 2011, le prix courant maximal accepté pour les médicaments génériques existants qui sont assujettis à la politique de la solution la moins coûteuse correspond à 50 % du prix que demande le fabricant du médicament de marque équivalent au 1<sup>er</sup> janvier 2010. Le prix courant maximal accepté pour les nouveaux médicaments génériques qui sont assujettis à la politique de la solution la moins coûteuse correspond à 42 % du prix que demande le fabricant du médicament de marque équivalent au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

(Version du rapport : juillet 2011)

**Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2010 :** Le programme d'incitation au travail en milieu rural a été amélioré en vue de mieux appuyer les pharmacies communautaires dans les régions rurales de la Colombie-Britannique. Le volume de demandes admissibles est passé de 750 à 1 700. Les subventions aux pharmacies rurales ont augmenté également.

(Version du rapport : juillet 2011)

#### Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011 :

Le programme B.C. Medication Review Services qui a été mis sur pied comprend trois types d'examen :

- Examen des médicaments standard (MR-S)
- 2. Examen des médicaments consultation des pharmaciens (MR-PC)
- 3. Examen des médicaments suivi (MR-F)

- Le régime d'assurance-médicaments PharmaCare rembourse certains médicaments onéreux admissibles jusqu'à un prix maximal fixé d'après le prix du fabricant plus une marge de 5 %.
- Le montant maximal remboursé par le régime d'assurance-médicaments PharmaCare pour les renouvellements d'ordonnances et les changements est passé de 8,60 \$ à 10,00 \$. Les frais pour la substitution thérapeutique demeurent inchangés à 17,20 \$.

(Version du rapport : juillet 2011)

#### Depuis le 4 juillet 2011 :

- Les frais d'ordonnance couverts par le régime d'assurance-médicaments PharmaCare sont passés de 9,60 \$ à 10,00 \$.
- Au cours de la période du 4 juillet 2011 au 1<sup>er</sup> avril 2012, le prix courant maximal accepté pour les médicaments génériques existants qui sont assujettis à la politique de la solution la moins coûteuse correspond à 40 % du prix que demande le fabricant du médicament de marque équivalent au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

(Version du rapport : juillet 2011)

#### Depuis le 30 septembre 2011 :

- Le programme d'abandon du tabac de la C.-B. offre gratuitement aux Britanno-Colombiens des produits de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) comme de la gomme et des timbres à la nicotine, ainsi que des médicaments prescrits pour l'abandon du tabac; il s'agit d'avantages couverts par PharmaCare. Le programme couvre deux types d'outils d'abandon du tabac.
- Deux médicaments d'abandon du tabac : bupropion (nom de commerce Zyban<sup>MD</sup>) et varénicline (nom de commerce Champix<sup>MD</sup>)
  - De la gomme et des timbres à la nicotine vendus sans ordonnance (en vente libre)
- Les résidents de la Colombie-Britannique peuvent obtenir jusqu'à 12 semaines de suite (84 jours continus) de couverture pour l'un ou l'autre des produits de TRN ou un médicament sur ordonnance par année civile (1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre).

(Version du rapport : juillet 2012)

#### Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012 :

Fin de la Pharmacy Services Agreement (PSA). Jusqu'à nouvel ordre, les politiques de PharmaCare actuelles ne changeront **pas** en raison de la fin de l'entente. (Version du rapport : juillet 2012)

#### Depuis le 2 avril 2012 :

Le prix courant maximal (PCM) que les manufacturiers peuvent exiger pour des produits de remplacement génériques à faible coût est réduit à 35 % du prix du produit de marque équivalent. (Version du rapport : juillet 2012)

#### Depuis le 31 mai 2012 :

• Sanction royale du *Pharmaceutical Services Act*.

(Version du rapport : juillet 2012)

#### Alberta

(Date d'entrée en vigueur inconnue) : Régime non collectif : changement des groupes de revenu pour les cotisations subventionnées : célibataires : moins de 17 450 \$; familles sans enfants : moins de 26 200 \$; familles avec enfants : moins de 32 210 \$. (Version du rapport : juillet 2008)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **avril 2009** : Le Rare Disease Drug Program a été mis en place pour couvrir les coûts astronomiques des médicaments des Albertains qui souffrent de maladies génétiques très rares. (Version du rapport : juillet 2009)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> juillet 2009 : Les cotisations aux régimes non collectifs et les groupes de revenu pour les cotisations subventionnées ont changé. La cotisation mensuelle pour les célibataires est de 41,00 \$, et la cotisation subventionnée est de 28,70 \$ (pour les célibataires dont le revenu est inférieur à 20 970 \$). La cotisation familiale est de 82,00 \$, et la cotisation subventionnée est de 57,40 \$ (pour une famille sans enfants qui gagne moins de 33 240 \$ et une famille avec enfants qui gagne moins de 39 250 \$). Ces changements sont rétroactifs à 2006. (Version du rapport : juillet 2009)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> juillet 2010 : Les primes mensuelles du régime non collectif ont augmenté afin de correspondre à celles de l'employeur et des régimes privés. La prime mensuelle pour les personnes célibataires est de 63,50 \$ ou de 44,45 \$ après subvention (pour les personnes célibataires dont le revenu est inférieur à 20 970 \$). La prime familiale est de 118,00 \$ ou de 82,60 \$ après subvention (pour une famille sans enfants dont le revenu est inférieur à 33 240 \$ ou une famille avec enfants et dont le revenu est inférieur à 39 250 \$). (Version du rapport : juillet 2010)

Le prix des médicaments génériques **existants** a été réduit à 56 % du prix du médicament de marque en date d'avril 2010. Le prix des nouveaux médicaments génériques a été réduit à 45 % du prix du médicament de marque en date d'avril 2010. (Version du rapport : juillet 2011)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> juillet 2012 : Le prix fixe des médicaments génériques nouveaux et existants est réduit à 35 % du prix du médicament de marque. (Version du rapport : juillet 2012)

Base de données sur le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits — information sur les régimes : résumé des changements, 1 er juillet 2012

#### Saskatchewan

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **décembre 2005** : Le montant maximal autorisé pour les frais d'exécution d'ordonnance est passé de 7,97 \$ à 8,21 \$. (Version du rapport : septembre 2006)

**Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2006 :** Le montant maximal autorisé pour les frais d'exécution d'ordonnance est passé de 8,21 \$ à 8,46 \$.

#### Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2007 :

- Aux termes du nouveau régime d'assurance-médicaments pour personnes âgées de 65 ans ou plus, les personnes âgées assument un maximum de 15 \$ par ordonnance pour les médicaments énumérés dans le formulaire de la Saskatchewan.
   (Version du rapport : juillet 2007)
- Le programme Workers' Health Benefits conçu pour favoriser l'accès des travailleurs à faible revenu aux services de santé a été mis en œuvre.
   (Version du rapport : janvier 2008)
- Le Children's Insulin Pump Program de la Saskatchewan a été mis en œuvre.
  (Version du rapport : janvier 2008)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> octobre 2007 : Le montant maximal autorisé pour les frais d'exécution d'ordonnance est passé de 8,46 \$ à 8,63 \$. (Version du rapport : juillet 2008)

#### Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008 :

- Le test de revenu est ajouté au Régime d'assurance-médicaments pour les personnes âgées. Les résidents de la Saskatchewan âgés de 65 ans ou plus dont le revenu déclaré (ligne 236) est inférieur à la limite pour le crédit d'impôt fédéral en raison de l'âge (64 044 \$ pour 2006 ou 65 450 \$ pour 2007) seront admissibles. Les personnes âgées admissibles paient un maximum de 15 \$ par ordonnance pour les médicaments énumérés dans le Formulaire de la Saskatchewan ou approuvés dans la liste des médicaments d'exception (les politiques de la solution la moins coûteuse et du prix admissible maximal s'appliquent).
- Les enfants de 14 ans ou moins qui vivent en Saskatchewan sont admissibles au Régime d'assurance-médicaments pour les enfants. Le Régime d'assurance-médicaments pour les enfants fera en sorte que les familles assumeront un maximum de 15 \$ pour les médicaments figurant dans le Formulaire de la Saskatchewan et pour ceux approuvés dans la liste des médicaments d'exception (les politiques de la solution la moins coûteuse et du prix admissible maximal s'appliquent).

(Version du rapport : juillet 2008)

**Depuis le 19 mars 2008 :** Le Workers' Health Benefits Program de la Saskatchewan a été abandonné. Les adultes sans enfant qui travaillent, qui sont actuellement inscrits au programme et qui reçoivent des prestations seront couverts jusqu'au mois de juin 2010 s'ils continuent de répondre aux critères originaux. (Version du rapport : juillet 2008)

## Saskatchewan (suite)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **août 2009 :** Le montant maximal autorisé pour les frais d'exécution d'ordonnance est passé de 8,63 \$ à 9,15 \$. (Version du rapport : juillet 2010)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **août 2010 :** Le montant maximal autorisé pour les frais d'exécution d'ordonnance est passé de 9,15 \$ à 9,43 \$. (Version du rapport : janvier 2011)

#### Depuis le 4 mars 2011 :

La direction sur l'assurance-maladie complémentaire paie aux pharmacies communautaires le montant suivant en frais d'évaluation du patient :

6 \$ — poursuite des prescriptions existantes

- Le patient nécessite un approvisionnement intérimaire, car il manquera de médicaments d'ici son prochain rendez-vous avec un praticien.
- Un maximum de QUATRE (4) demandes de remboursement au cours d'une période de 28 jours par patient.

OU

6 \$ — poursuite des prescriptions existantes

- Le patient n'est pas en mesure d'accéder à ses médicaments en raison de la distance ou pour d'autres causes.
- Un maximum de QUATRE (4) demandes de remboursement au cours d'une période de 28 jours par patient.

OU

6 \$ — amélioration de la convenance du médicament

- Le pharmacien peut modifier la forme posologique, si cela présente des avantages pour le patient.
- Un maximum de QUATRE (4) demandes de remboursement au cours d'une période de 28 jours par patient.

6 \$ — information insuffisante

- Le pharmacien peut modifier de l'information manquante afin d'exécuter l'ordonnance.
- Un maximum d'UNE (1) demande de remboursement au cours d'une période de 28 jours par patient.

10 \$ — poursuite des prescriptions existantes

- Le patient se retrouve dans une situation d'urgence et nécessite un approvisionnement jusqu'à ce qu'il puisse consulter un praticien.
- Un maximum d'UNE (1) demande de remboursement au cours d'une période de 28 jours par patient.

#### Saskatchewan (suite)

25 \$ — rapprochement des médicaments

- Le pharmacien peut prescrire un médicament à un patient qui a récemment obtenu un congé, si le patient n'a pas obtenu une prescription continue pendant son séjour dans un hôpital ou dans un foyer autorisé de soins spéciaux ou de soins personnels. Le pharmacien peut prescrire un médicament si le patient a été admis à l'hôpital ou à un foyer autorisé de soins spéciaux ou de soins personnels et si le pharmacien détermine que le patient devrait prendre le médicament.
- Un maximum d'UNE (1) demande de remboursement au cours d'une période de 28 jours par patient.

(Version du rapport : juillet 2011)

#### Depuis le 1er avril 2011 :

Les changements suivants ont été apportés à l'établissement de prix pour les médicaments génériques ainsi qu'au remboursement des pharmacies :

Phase 1 — depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011

- Le premier groupe de produits d'offre à commandes est venu à échéance.
- Les produits dans ces anciennes catégories d'offres à commandes passent progressivement à 35 % du prix du médicament de marque.
- L'exigence en matière de prix pour la première saisie de demandes de remboursement pour des médicaments génériques reçues après le 1<sup>er</sup> avril 2011 correspond à 40 % du prix du médicament de marque.

Phase 2 — depuis le 1<sup>er</sup> mai 2011

- Groupe restreint (liste prioritaire) de médicaments génériques existants à 45 % du prix du médicament de marque.
- Le montant maximal autorisé pour les frais d'exécution d'ordonnance est passé à 9,85 \$.

Phase 3 — depuis le 1<sup>er</sup> juin 2011

- L'exigence en matière de prix pour les autres médicaments génériques correspond à 45 % du prix du médicament de marque.
- Des changements à la majoration du prix de gros et au seuil sont apportés.

Phase 4 — en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2011

- Les produits dans le deuxième groupe d'offre à commandes viendront à échéance.
- À mesure que l'inventaire des produits d'offre à commandes sera réduit, l'exigence en matière de prix passera progressivement à 35 % du prix du médicament de marque.

Phase 5 — en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2012

 L'exigence en matière de prix pour les médicaments génériques existants passera à 35 % du prix du médicament de marque.

#### Saskatchewan (suite)

- L'exigence en matière de prix pour la première saisie de demandes de remboursement pour des médicaments génériques reçues après le 1<sup>er</sup> avril 2012 correspondra à 35 % du prix du médicament de marque.
- Le montant maximal autorisé pour les frais d'exécution d'ordonnance passera à 10,25 \$.

(Version du rapport : juillet 2011)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> mai 2011 : Le montant maximal pour les frais d'exécution d'ordonnance est passé de 9,43 \$ à 9,85 \$. (Version du rapport : juillet 2011)

#### Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2011 :

Les majorations des prix de gros suivantes sont en vigueur :

- insuline 5 %
- produits POC 6%
- médicaments génériques 6 %
- la plupart des autres médicaments 8,5 %

(Version du rapport : juillet 2012)

#### **Depuis le 21 mars 2012 :**

Les coûts d'ordonnance pour le Régime d'assurance-médicaments pour les personnes âgées et le Régime d'assurance-médicaments pour les enfants sont passés de 15 \$ à 20 \$. (Version du rapport : juillet 2012)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> avril 2012 : Les frais d'exécution d'ordonnance maximaux sont passés de 9,85 \$ à 10,25 \$. (Version du rapport : juillet 2012)

#### Manitoba

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **avril 2006** : Les taux de franchise du Régime d'assurance-médicaments, qui étaient de 2,44 % à 5,25 %, se situent de 2,56 % à 5,51 %. (Version du rapport : septembre 2006)

Depuis le 2 février 2007 : Le Régime d'assurance-médicaments comprend un programme de paiement de franchise par mensualités. Il s'agit d'un programme de financement qui permet aux bénéficiaires admissibles du Régime d'assurance-médicaments devant débourser des coûts élevés en médicaments d'ordonnance (par rapport au revenu mensuel moyen) d'effectuer le paiement de leur franchise annuelle en versements mensuels. (Version du rapport : juillet 2008)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> avril 2008 : Les taux de franchise du Régime d'assurance-médicaments, qui étaient de 2,56 % à 5,51 %, se situent entre 2,69 % et 5,79 %. (Version du rapport : juillet 2008)

Base de données sur le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits — information sur les régimes : résumé des changements, 1 er juillet 2012

#### Manitoba (suite)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **avril 2009**: La structure des taux de franchise du Régime d'assurancemédicaments du Manitoba a changé afin d'inclure un plus grand nombre de tranches de revenus de sorte que l'augmentation des franchises soit plus graduelle. (Version du rapport : juillet 2009)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **janvier 2011**: Le taux de franchise, qui se situait entre 2,71 % et 6,12 % en 2010-2011, se situe entre 2,73 % et 6,17 % en 2011-2012. (Version du rapport : juillet 2011)

#### Depuis le 12 avril 2012 :

Le taux de franchise, qui se situait entre 2,73 % et 6,17 % en 2011-2012, se situe entre 2,81 % et 6,36 % en 2012-2013. (Version du rapport : juillet 2012).

#### Ontario

**Depuis le 27 septembre 2005 :** Les médecins n'ont plus besoin de remplir le formulaire propre aux médicaments à usage restreint. (Version du rapport : juillet 2009)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **octobre 2006** : Le montant maximal autorisé pour les frais d'exécution d'ordonnance est passé de 6,54 \$ à 7,00 \$. (Version du rapport : juillet 2007)

#### Depuis le 23 octobre 2006 :

- Le Programme de médicaments de l'Ontario peut conclure des accords de liste avec les fabricants.
- Le prix d'un produit générique ne doit pas excéder 50 % du prix du produit de marque correspondant.

(Version du rapport : juillet 2009)

**Depuis mars 2007**: Les réclamations relatives aux prix que paient les exploitants se limitent aux cas où une pharmacie n'est pas en mesure d'acheter un produit générique interchangeable et doit vendre le produit original ou un produit générique interchangeable dont le prix est plus élevé au titre du Programme de médicaments. (Version du rapport : juillet 2009)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **avril 2007** : La majoration remboursée pour les demandes admissibles aux termes du Programme de médicaments de l'Ontario est passée de 10 % à 8 %. (Version du rapport : juillet 2007)

**Depuis avril 2007**: Une allocation professionnelle est accordée dans le cadre de MedsCheck, un programme d'examen des médicaments. Les résidents de l'Ontario qui souffrent d'au moins trois maladies chroniques ont droit à des examens annuels de MedsCheck. Le programme MedsCheck comprend des examens de suivi depuis novembre 2007. (Version du rapport : juillet 2009)

## Ontario (suite)

**Depuis le 16 mai 2008**: En ce qui concerne les ordonnances pour les médicaments d'usage restreint, le médecin peut inscrire les codes liés au motif d'utilisation à la main sur l'ordonnance, ou les fournir par voie électronique ou de vive voix. (Version du rapport : juillet 2009)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **août 2008 :** Les conditions de paiement des honoraires et des frais d'exécution d'ordonnance ont changé. Les frais d'ordonnance sont assumés jusqu'à concurrence de deux fois par patient, par médicament et par mois; des exceptions s'appliquent aux patients des établissements de soins de longue durée et aux médicaments de la liste des médicaments exemptés. (Version du rapport : juillet 2009)

**Depuis le 27 novembre 2008**, le Programme d'accès exceptionnel comprend un service de demande par téléphone pour certains médicaments. (Version du rapport : juillet 2009)

#### Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010 :

- Le prix des médicaments de multiples sources ne doit pas correspondre à plus de 25 % du prix du médicament de marque original. Ce pourcentage était auparavant de 50 %.
- Les frais d'exécution d'ordonnance pour les pharmacies augmenteront et les frais d'exécution d'ordonnance pour les pharmacies en régions rurales pourront varier d'une région à l'autre.

(Version du rapport : juillet 2011)

**Depuis septembre 2010**: Le programme MedsCheck a été élargi de manière à inclure les résidents des établissements agréés de soins de longue durée, toutes les personnes en Ontario atteintes de diabète ainsi que les personnes qui sont confinées à la maison ou qui ne sont pas en mesure de se rendre à la pharmacie communautaire pour obtenir des services. (Version du rapport : juillet 2011)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **avril 2011 :** Les frais d'exécution d'ordonnance pour les pharmacies qui ne sont pas en régions rurales sont passés de 7,00 \$ à 8,20 \$ et ceux des pharmacies en régions rurales varient maintenant entre 9,20 \$ et 12,30 \$. (Version du rapport : juillet 2011)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **septembre 2011 :** Un programme d'abandon du tabac a été mis en œuvre. (Version du rapport : juillet 2012)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **avril 2012 :** Les frais d'exécution d'ordonnance pour les pharmacies qui ne sont pas en régions rurales sont passés de 8,20 \$ à 8,40 \$ et ceux des pharmacies en régions rurales varient maintenant entre 9,45 \$ et 12,61 \$. (Version du rapport : juillet 2012)

Base de données sur le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits — information sur les régimes : résumé des changements, 1 er juillet 2012

#### Ontario (suite)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **avril 2012**: Les produits interchangeables qui sont fournis sur le marché privé et classés comme médicaments répertoriés selon la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario* (LRMO) devront être tarifés au même prix des produits médicamenteux que ceux établis en vertu de la LRMO (c'est-à-dire tarifés à un maximum de 25 % du prix original du produit). (Version du rapport : juillet 2012)

#### Nouveau-Brunswick

**Depuis le 1**er janvier 2009 : Les frais d'ordonnance ont augmenté.

(Version du rapport : juillet 2009)

Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2009 : Les frais professionnels ont augmenté.

(Version du rapport : janvier 2010)

**Depuis le 21 octobre 2009 :** Un nouveau régime, le régime C (Grippe), est entré en vigueur. (Version du rapport : janvier 2010)

**Depuis le 31 mars 2010 :** Le programme de lutte contre le H1N1 (régime C) a pris fin de même que l'approvisionnement provenant de la réserve provinciale d'oseltamivir (Tamiflu<sup>MD</sup>), régi selon les lignes directrices sur la réserve provinciale d'antiviraux.

(Version du rapport : juillet 2010)

**Depuis le 24 août 2010 :** Le régime I a été ajouté pour le vaccin saisonnier contre la grippe. Le PMONB fournit les demandes de prestation pour le service de santé publique.

**Depuis le 2 novembre 2010 :** Le régime P a été ajouté pour les médicaments antituberculeux approuvés par le service de santé publique pour le traitement de la tuberculose évolutive. Le PMONB fournit les demandes de prestation pour le service de santé publique.

#### Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011 :

Les frais d'exécution d'ordonnance pour les demandes de remboursement pour la méthadone sont les suivants :

- 11,75 \$ le 1<sup>er</sup> avril 2011
- 10,60 \$ le 1<sup>er</sup> juin 2011
- 9,40 \$ le 1<sup>er</sup> septembre 2011

(Version du rapport : juillet 2011)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **janvier 2012** : Le copaiement annuel maximal pour les personnes âgées bénéficiaires du Supplément de revenu garanti (SRG) est passé de 250 \$ à 500 \$. (Version du rapport : juillet 2012)

## Nouveau-Brunswick (suite)

#### Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2012 :

Les frais d'exécution d'ordonnance pour chaque ordonnance d'un médicament interchangeable sont de 10,40 \$. Une majoration de la pharmacie de 4 % du prix du médicament sera aussi versée, jusqu'à un maximum de 50 \$.

Les frais d'exécution d'ordonnance ont augmenté pour les médicaments non interchangeables (y compris les solutions orales composées de méthadone et la solution orale Métadol<sup>MD</sup>) et les préparations magistrales. Aucune majoration sur le coût des médicaments ne sera versée aux pharmacies.

Dans la cadre de l'Incitatif pour les pharmacies en milieu rural du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB), un montant additionnel de 2 \$ sera payé aux pharmacies admissibles pour les frais d'exécution de chacune des 10 000 premières ordonnances du PMONB exécutées par exercice.

(Version du rapport : juillet 2012)

## Nouvelle-Écosse

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006 : Le Nova Scotia Diabetes Assistance Program (régime D) a été mis en place. (Version du rapport : janvier 2006)

Depuis le 1er avril 2004 : La cotisation annuelle des personnes âgées n'ayant pas de SRG est passée de 360 \$ à 390 \$ aux termes du Seniors' Pharmacare Program. La pénalité d'inscription tardive pour les personnes âgées qui ne s'inscrivent pas au programme lorsqu'elles deviennent admissibles a été réduite à cinq ans. Auparavant, la pénalité durait aussi longtemps qu'elles étaient inscrites au programme. (Version du rapport : janvier 2006)

(Date d'entrée en vigueur inconnue) : Une marge de 10 % est mise en application en ce qui concerne les produits injectables et les fournitures pour stomisés. (Version du rapport : janvier 2006)

Du 1er avril 2006 au 31 mars 2007 : Le coût des ingrédients et les honoraires connexes ont augmenté aux termes de tous les programmes. En ce qui concerne les ordonnances d'un médicament dont le coût des ingrédients atteint jusqu'à 145 \$ (140 \$ auparavant), les honoraires sont de 10,42 \$ (10,12 \$ auparavant) au maximum. Pour les ordonnances d'un médicament dont le coût des ingrédients est supérieur à 145 \$ (140 \$ auparavant), les honoraires sont de 15,64 \$ (15,18 \$ auparavant) au maximum.

(Version du rapport : septembre 2006)

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2006 : La cotisation des personnes n'ayant pas de SRG a augmenté à 400 \$ par année aux termes du Senior's Pharmacare Program. Le copaiement annuel maximal a augmenté à 360 \$ (350 \$ auparavant). (Version du rapport : septembre 2006)

Base de données sur le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits — information sur les régimes : résumé des changements, 1 er juillet 2012

## Nouvelle-Écosse (suite)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **avril 2007 :** La cotisation annuelle est passée de 400 \$ à 424 \$. Le copaiement annuel maximal est passé de 360 \$ à 382 \$. (Version du rapport : janvier 2008)

#### Depuis le 15 août 2007 :

- Le coût des médicaments sur ordonnance est admissible à une marge de 0,5 %.
- Les honoraires pour les ordonnances composées (à l'exception de la méthadone) s'élèvent à 15,63 \$.

(Version du rapport : janvier 2008)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> mars 2008 : Le Family Pharmacare Program de la Nouvelle-Écosse, qui vise à aider les Néo-Écossais à assumer le coût des médicaments sur ordonnance, a été mis en place. Le régime offre une protection contre les coûts des médicaments aux familles qui n'ont pas d'assurance-médicaments ou si le coût des médicaments sur ordonnance devient un fardeau financier pour elles. Tous les Néo-Écossais qui ont une carte d'assurance-maladie valide sont admissibles; il n'y a pas de prime à payer ni de frais à débourser pour s'inscrire au régime. Les frais annuels remboursables se limitent à un pourcentage du revenu familial. (Version du rapport : janvier 2008)

#### Depuis le 1er avril 2008 :

- Le copaiement maximum de 30 \$ par ordonnance est éliminé aux termes du Seniors' Pharmacare Program.
- La marge admissible des pharmacies est passée de 0,5 % à 1,0 %.

(Version du rapport : juillet 2008)

#### Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2009 :

- La marge admissible des pharmacies est passée de 1 % à 2 %.
  (Version du rapport : juillet 2008)
- Le copaiement est passé de 33 % à 30 % aux termes du Seniors' Pharmacare Program (régime S). (Version du rapport : juillet 2009)

#### Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010 :

Le Seniors' Pharmacare Program couvrira jusqu'à 100 bandes réactives par exercice pour les patients atteints de diabète qui ne prennent pas d'insuline. La couverture demeure inchangée pour les patients atteints du diabète de type 1 ou 2 qui prennent de l'insuline. (Version du rapport : juillet 2010)

La période d'adhésion au Diabetes Assistance Program est terminée. Les nouveaux patients peuvent s'inscrire au Family Pharmacare Program.

## Nouvelle-Écosse (suite)

#### Depuis le 1er juillet 2011 :

Un plafond a été fixé pour le prix des médicaments génériques, y compris les médicaments couverts par le programme Pharmacare et les nouveaux médicaments, à un pourcentage du prix du médicament de marque équivalent.

Le plafond entrera en vigueur de façon progressive sur une période d'un an :

- 1<sup>er</sup> juillet 2011 45 %
- 1<sup>er</sup> janvier 2012 40 %
- 1<sup>er</sup> juillet 2012 35 %

(Version du rapport : juillet 2011)

#### Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2011 :

Période	Ordonnances pour médicaments et fournitures	Remboursement de Pharmacare		
1 <sup>er</sup> juillet 2011 au 31 juillet 2011	Articles de stomie	Coût d'achat réel ou, s'il y a lieu, PAM ou PAM spécial plus 10,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance) ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,73 \$.		
	Produits injectables (sauf l'insuline)	Coût d'achat réel ou, s'il y a lieu, PAM ou PAM spécial plus 10,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance) ainsi que des frais d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,73 \$.		
	Produits composés en préparations magistrales (sauf la méthadone et les produits injectables)	Coût d'achat réel plus 2,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 16,10 \$.		
	Toutes les autres ordonnances pour médicaments et fournitures	Coût d'achat réel ou, s'il y a lieu, PAM, PAM moins la déduction de Pharmacare ou PAM spécial plus 2,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,73 \$.		
1 <sup>er</sup> août 2011 au 31 août 2011	Articles de stomie	Coût d'achat réel plus 10,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,73 \$.		
	Produits injectables (sauf l'insuline)	Coût d'achat réel ou, s'il y a lieu, PRM ou PRTC plus 10.0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,73 \$.		
	Produits composés en préparations magistrales (sauf la méthadone et les produits injectables)	Coût d'achat réel plus 2,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 16,10 \$.		
	Toutes les autres ordonnances pour médicaments et fournitures	Coût d'achat réel plus 2,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance) ou PRM ou PRTC plus 6,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,73 \$.		
1 <sup>er</sup> septembre 2011 au 31 décembre 2011	Articles de stomie	Coût d'achat réel plus 10,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), des frais de transition de 0,10 \$ ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,73 \$.		

# Nouvelle-Écosse (suite)

#### Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2011 (suite) :

	Ordonnances pour	
Période	médicaments et fournitures	Remboursement de Pharmacare
1 <sup>er</sup> septembre 2011 au 31 décembre 2011 (suite)	Produits composés en préparations magistrales (sauf la méthadone et les produits injectables)	Coût d'achat réel plus 2,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), des frais de transition de 0,10 \$ ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 16,10 \$.
	Toutes les autres ordonnances pour médicaments et fournitures	PCF plus 10,5 % (jusqu'à un maximum de 250 \$ par ordonnance) y compris la méthadone ou PRM ou PRTC plus 6,0 % (jusqu'à un maximum de 250 \$ par ordonnance), des frais de transition de 0,10 \$, ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare de 10,73 \$.
1 <sup>er</sup> janvier 2012 au 31 mars 2012	Articles de stomie	Coût d'achat réel plus 10,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), des frais de transition de 0,25 \$ et des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10.73 \$.
	Produits composés en préparations magistrales (sauf la méthadone et les produits injectables)	Coût d'achat réel plus 2,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), des frais de transition de 0,25 \$, ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 16,10 \$.
	Toutes les autres ordonnances pour médicaments et fournitures	PCF plus 10,5 % (jusqu'à un maximum de 250 \$ par ordonnance) y compris la méthadone ou PRM ou PRTC plus 6,0 % (jusqu'à un maximum de 250 \$ par ordonnance), des frais de transition de 0,25 \$, ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,73 \$.
1 <sup>er</sup> avril 2012 au 31 mars 2013	Articles de stomie	Coût d'achat réel plus 10,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), des frais de transition de 0,75 \$ et des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,90 \$.
	Produits composés en préparations magistrales (sauf la méthadone et les produits injectables)	Coût d'achat réel plus 2,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), des frais de transition de 0,75 \$, ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 16,35 \$.
	Toutes les autres ordonnances pour médicaments et fournitures	PCF plus 10,5 % (jusqu'à un maximum de 250 \$ par ordonnance) y compris la méthadone ou PRM ou PRTC plus 6,0 % (jusqu'à un maximum de 250 \$ par ordonnance), des frais de transition de 0,75 \$, ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 10,90 \$.
1 <sup>er</sup> avril 2013 au 30 juin 2014	Articles de stomie	Coût d'achat réel plus 10,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), des frais de transition de 1,05 \$ et des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 11,05 \$.
	Produits composés en préparations magistrales (sauf la méthadone et les produits injectables)	Coût d'achat réel plus 2,0 % (jusqu'à un maximum de 50 \$ par ordonnance), des frais de transition de 1,05 \$, ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 16,58 \$.
	Toutes les autres ordonnances pour médicaments et fournitures	PCF plus 10,5 % (jusqu'à un maximum de 250 \$ par ordonnance) y compris la méthadone ou PRM ou PRTC plus 6,0 % (jusqu'à un maximum de 250 \$ par ordonnance), des frais de transition de 1,05 \$, ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance de Pharmacare d'un maximum de 11,05 \$.

#### Remarque

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le : www.gov.ns.ca/health/Pharmacare/info\_pro/pharmacists\_bulletins/pharma\_bulletins/BA-Tariff-Agreement-July-2011.pdf.

(Version du rapport : juillet 2012)

## Nouvelle-Écosse (suite)

#### Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2011 :

Les programmes Pharmacare ont mis au point trois nouveaux services professionnels :

- service de base d'examen des médicaments (52,50 \$)
- substitution thérapeutique (26,25 \$)
- adaptation des ordonnances (14,00 \$)

Service avancé d'examen des médicaments : frais maximaux pour services particuliers de 150 \$ (Version du rapport : juillet 2012)

#### Depuis le 1er avril 2012 :

Les frais d'exécution d'ordonnance pour les produits composés préparés extemporanément (sauf la méthadone et les produits injectables) sont passés de 16,10 \$ à 16,35 \$ et les frais pour les autres ordonnances pour médicaments et fournitures sont passés de 10,73 \$ à 10,90 \$.

(Version du rapport : juillet 2012)

## Île-du-Prince-Édouard

(Date d'entrée en vigueur inconnue) : Trois nouveaux programmes ont été ajoutés : le Erythropoietin Program, le High-Cost Drug Program et le Quit Smoking Program. Le Multiple Sclerosis Program a été intégré au High-Cost Drug Program. (Version du rapport : septembre 2006)

(Date d'entrée en vigueur inconnue) : Les honoraires pour le Financial Assistance Program, le Diabetes Program, le STD Program et le Quit Smoking Program sont passés de 7,00 \$ à 7,50 \$. (Version du rapport : septembre 2006)

**Depuis 2005 :** La restriction visant l'âge a été supprimée à l'égard du Phenylketonuria Program. (Version du rapport : juillet 2009)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **novembre 2007**: Le groupe de revenu pour être admissible au Family Health Benefit Program est le suivant : pour les familles qui ont un enfant de moins de 18 ans ou de moins de 25 ans qui fréquente à temps plein un établissement d'enseignement postsecondaire (p. ex. une université, un collège communautaire), le revenu familial annuel net doit être inférieur à 24 800 \$. Un supplément de 3 000 \$ est ajouté pour chaque enfant additionnel. (Version du rapport : juillet 2008)

(Date d'entrée en vigueur inconnue) : Les groupes de revenus du Family Health Benefits Plan (régime F) ont changé. Les enfants de moins de 25 ans qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement postsecondaire (p. ex. une université, un collège communautaire) sont également admissibles au régime F. (Version du rapport : juillet 2008)

Base de données sur le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits — information sur les régimes : résumé des changements, 1 er juillet 2012

## Île-du-Prince-Édouard (suite)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **janvier 2008** : Les honoraires ont augmenté pour le Financial Assistance Program, le Diabetes Control Program, le STD Program et le Quit Smoking Program. (Version du rapport : juillet 2008)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **avril 2008** : La liste des prix admissibles maximaux est distribuée tous les mois, plutôt qu'aux six mois. Dans les cas où il n'y a pas de prix admissible maximal, la marge maximale prise en compte dans le calcul est passée de 13,5 % à 13,0 %. (Version du rapport : juillet 2008)

**Depuis le 14 novembre 2008 :** Le Diabetes Program couvre les bandes réactives pour glycémie des personnes qui ont recours à l'insuline. Le coût est de 11 \$ pour une quantité maximale de 100 bandes tous les 30 jours. (Version du rapport : juillet 2009)

**Depuis le 1**er avril 2009 : Les honoraires pour le Children-in-Care Program, le Diabetes Program (médicaments pris par voie orale et bandelettes d'essai seulement), le Financial Assistance Program, le Quit Smoking Program et le STD Program sont passés de 7,96 \$ à 8,20 \$ pour les médicaments sur ordonnance, de 7,73 \$ à 7,96 \$ pour les médicaments vendus sans ordonnance et de 11,94 \$ à 12,30 \$ pour les mélanges extemporanés. Les frais supplémentaires pour les coûts des médicaments ont été portés à 9,5 % jusqu'à concurrence de 60 \$ aux termes du Family Health Benefit Program, du Nursing Home Program et du Seniors' Drug Cost Assistance Program. Les frais supplémentaires relatifs aux médicaments onéreux pour la sclérose en plaques et aux autres médicaments onéreux sont de 7,5 % des coûts définis jusqu'à concurrence de 150 \$. Les honoraires mensuels fixés par tête sont passés de 50,09 \$ à 51,99 \$ aux termes du Nursing Home Program. (Version du rapport : juillet 2009)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **septembre 2010** : Le copaiement du Seniors' Drug Cost Assistance Program est passé de 11,00 \$ à 8,25 \$. (Version du rapport : janvier 2011)

#### Terre-Neuve-et-Labrador

**Depuis le 31 janvier 2007**: L'Access Plan est axé sur l'aide aux personnes et aux familles à faible revenu qui n'arrivent pas à payer leurs médicaments sur ordonnance. Le régime est offert aux familles avec enfants (âgés de 18 ans et moins) dont le revenu annuel est de 30 000 \$ ou moins, aux couples (sans enfants) dont le revenu annuel est de 21 000 \$ ou moins et aux personnes seules dont le revenu annuel est de 19 000 \$ ou moins. (Version du rapport : juillet 2007)

**Depuis le 31 octobre 2007 :** L'Assurance Plan fournit un soutien financier aux résidents pour les médicaments onéreux admissibles, qu'il s'agisse d'un médicament ou du coût global de nombreux médicaments.

## Terre-Neuve-et-Labrador (suite)

Les frais annuels se limitent à ce qui suit pour les personnes seules et les familles :

Revenu annuel net	Pourcentage maximal du revenu pouvant être consacré aux coûts des médicaments			
0 \$ à 39 999 \$	5 %			
40 000 \$ à 74 999 \$	7,5 %			
75 000 \$ à 149 999 \$	10 %			

Par exemple, dans le cas d'une famille dont le revenu net est de 35 000 \$ et dont le coût annuel des médicaments est de 6 000 \$, la contribution annuelle maximale serait de 5 % du revenu familial, ce qui correspond à 1 750 \$ (5 % x 35 000 \$). Le programme utilise le calcul suivant pour déterminer le copaiement :

 $(35\ 000\ x\ 5\ \%)\ /\ 6\ 000\ x\ =\ 29,17\ \%$ 

Chaque fois qu'une ordonnance pour un médicament admissible est exécutée, la famille doit payer 29,17 % du coût total de l'ordonnance.

(Version du rapport : janvier 2008)

**Depuis le 10 juillet 2007**: Des changements ont été apportés aux composantes des coûts d'ordonnance, aux honoraires, aux frais des préparations extemporanées et à la politique relative à l'établissement des coûts des ingrédients. (Version du rapport : janvier 2008)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **janvier 2008 :** Les honoraires et les frais des préparations extemporanées ont augmenté. Ces changements sont en vigueur jusqu'au 31 mars 2011. (Version du rapport : juillet 2008)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **août 2010**: Les montants des groupes de revenu pour l'Access Plan sont plus élevés. L'Access Plan vise à aider les personnes et les familles à faible revenu à payer leurs médicaments sur ordonnance. Le programme est offert aux familles avec enfants (âgés de 18 ans et moins), y compris les familles monoparentales, dont le revenu annuel est de 42 870 \$ ou moins, aux couples (sans enfants) dont le revenu annuel est de 30 009 \$ ou moins et aux personnes seules dont le revenu annuel est de 27 151 \$ ou moins.

## Terre-Neuve-et-Labrador (suite)

Le tableau suivant présente des exemples de personnes admissibles et de niveaux de couverture :

Personnes seules		Couples (sans enfants)		Familles avec enfants (comprend les familles monoparentales)				
Revenu	Paiement du gouverne- ment	Paiement du client	Revenu	Paiement du gouverne- ment	Paiement du client	Revenu	Paiement du gouverne- ment	Paiement du client
Égal ou inférieur à 18 577 \$	80,0 %	20,0 %	Égal ou inférieur à 21 435 \$	80,0 %	20,0 %	Égal ou inférieur à 30 009 \$	80,0 %	20,0 %
19 000 \$	77,5 %	22,5 %	22 000 \$	76,7 %	23,3 %	31 000 \$	76,1 %	23,9 %
20 000 \$	71,7 %	28,3 %	23 000 \$	70,9 %	29,1 %	32 000 \$	72,3 %	27,7 %
21 000 \$	65,9 %	34,1 %	24 000 \$	65,0 %	35,0 %	33 000 \$	68,4 %	31,6 %
22 000 \$	60,0 %	40,0 %	25 000 \$	59,2 %	40,8 %	34 000 \$	64,5 %	35,5 %
23 000 \$	54,2 %	45,8 %	26 000 \$	53,4 %	46,6 %	35 000 \$	60,6 %	39,4 %
24 000 \$	48,4 %	51,6 %	27 000 \$	47,6 %	52,4 %	36 000 \$	56,7 %	43,3 %
25 000 \$	42,5 %	57,5 %	28 000 \$	41,7 %	58,3 %	37 000 \$	52,8 %	47,2 %
26 000 \$	36,7 %	63,3 %	29 000 \$	35,9 %	64,1 %	38 000 \$	48,9 %	51,1 %
27 000 \$	30,9 %	69,1 %	30 000 \$	30,1 %	69,9 %	39 000 \$	45,0 %	55,0 %
27 151 \$	30,0 %	70,0 %	30 009 \$	30,0 %	70,0 %	40 000 \$	41,2 %	58,8 %
27 152 \$ ou plus	Non admissible	100 %	30 010 \$ ou plus	Non admissible	100 %	41 000 \$	37,3 %	62,7 %
						42 000 \$	33,4 %	66,6 %
						42 870 \$	30,0 %	70,0 %
						42 871 \$ ou plus	Non admissible	100 %

(Version du rapport : janvier 2011)

**Depuis le 1**<sup>er</sup> **avril 2012**: Les honoraires pour le Foundation Plan, l'Access Plan et l'Assurance Plan sont passés de 7,15 \$ à 8,25 \$, s'appliquant rétroactivement au 1<sup>er</sup> avril 2011. (Version du rapport : juillet 2012)

#### Depuis le 16 avril 2012 :

Les honoraires pour le Foundation Plan, l'Access Plan et l'Assurance Plan sont passés à

- 10,90 \$ pour les médicaments de 0 \$ à 49,99 \$
- 21,95 \$ pour les médicaments de 50,00 \$ à 249,99 \$
- 49,85 \$ pour les médicaments de 250,00 \$ et plus

Ces frais seront en vigueur jusqu'au 31 mars 2013.

## Terre-Neuve-et-Labrador (suite)

Les honoraires pour le 65Plus Plan sont passés à

- 10,90 \$ pour les médicaments de 0 \$ à 249,99 \$
- 39,59 \$ pour les médicaments de 250,00 \$ et plus

Aucuns frais supplémentaires ne peuvent être appliqués au coût de l'ordonnance en vertu d'un régime du Newfoundland and Labrador Prescription Drug Program (NLPDP) (c'est-à-dire qu'on ne peut facturer de frais supplémentaires ni au NLPDP ni à un client).

Les personnes âgées verseront un copaiement qui ne dépassera pas 6 \$ par ordonnance. Les pharmacies facturant moins de 6 \$ peuvent exiger que les personnes âgées paient le montant total des frais.

#### Services cognitifs:

- Refus de remplir une ordonnance :
  Les pharmacies peuvent facturer des frais d'exécution d'ordonnance maximaux allant jusqu'au double des frais d'exécution d'ordonnance de base de 10,90 \$.
- Administration des médicaments :
  Les pharmacies peuvent facturer jusqu'aux frais d'exécution d'ordonnance maximaux de 10,90 \$ (les frais d'exécution d'ordonnance de base).
- Examen des médicaments:
  La nouvelle entente permet de payer pour le Service d'examen des médicaments en tant que service cognitif. Les pharmacies peuvent facturer 52,50 \$ (48 fois par année).

(Version du rapport : juillet 2012)

#### Yukon

(Date d'entrée en vigueur inconnue) : La franchise aux termes du Programme d'assurancemédicaments et de soins ophtalmologiques pour enfants peut être abolie ou réduite selon le revenu. (Version du rapport : janvier 2006)

#### Santé Canada — Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits

**Depuis le 9 septembre 2008 :** Des modifications ont été apportées à la Politique des frais d'exécution de l'ordonnance à court terme du Programme des soins de santé non assurés (SSNA). Les ordonnances pour la plupart des médicaments pour maladies chroniques ne devraient pas être renouvelées avant 28 jours. Le SSNA réduira les honoraires dans le cas de la plupart des médicaments pour maladies chroniques délivrés dans un intervalle de moins de 28 jours. (Version du rapport : juillet 2010)

# Sites Web des régimes publics d'assurance-médicaments

Pour des renseignements à jour et détaillés sur les régimes d'assurance-médicaments fédéraux, provinciaux et territoriaux, consultez les sites suivants :

British Columbia PharmaCare www.health.gov.bc.ca/pharmacare

Alberta Prescription Drug Program http://www.health.alberta.ca/AHCIP/health-care-insurance-plan.html

Régime d'assurance-médicaments de la Saskatchewan http://formulary.drugplan.health.gov.sk.ca/

Régime d'assurance-médicaments du Manitoba www.gov.mb.ca/health/pharmacare/index.fr.html

Régime d'assurance-médicaments de l'Ontario http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/drugs/

Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick www.gnb.ca/0212/intro-f.asp

Nova Scotia Pharmacare www.gov.ns.ca/health/pharmacare/

Prince Edward Island Pharmacy Services http://www.gov.pe.ca/health/index.php3?number=1026180&lang=F

Newfoundland and Labrador Prescription Drug Program http://www.health.gov.nl.ca/health/prescription/index.html

Programme d'assurance-médicaments du Yukon www.hss.gov.yk.ca/fr/pharmacare.php

Santé Canada — Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/index-fra.php

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé 495, chemin Richmond, bureau 600 Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860 Télécopieur : 613-241-8120

www.icis.ca

droitdauteur@icis.ca

© 2012 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title *National Prescription Drug Utilization Information System Database—Plan Information: Summary of Changes, July 1, 2012.* 



ICIS Ottawa 495, rue Richmond, bureau 600 Ottawa (Ontario) K2A 4H6 Téléphone : 613-241-7860

#### ICIS Toronto

4110, rue Yonge, bureau 300 Toronto (Ontario) M2P 2B7 Téléphone : 416-481-2002

#### ICIS Victoria

880, rue Douglas, bureau 600 Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7 Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal 1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300 Montréal (Québec) H3A 2R7 Téléphone : 514-842-2226

#### ICIS St. John's

140, rue Water, bureau 701 St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6 Téléphone : 709-576-7006

