

LA PHASE TROIS DE L'INITIATIVE DES SERVICES PHARMACEUTIQUES AXÉS SUR LA VALEUR EST EN COURS DE DÉVELOPPEMENT.

En 2017, Green Shield Canada (GSC) a lancé l'Initiative des services pharmaceutiques axés sur la valeur dans le but d'améliorer les soins aux membres de notre régime grâce à la collaboration avec les pharmacies communautaires. Les phases un et deux de l'initiative sont maintenant terminées, et la phase trois est en cours de développement.

La première phase de l'initiative consistait à mesurer le rendement des pharmacies, c'est-à-dire évaluer leur rendement par rapport à une série de paramètres validés, et à transmettre tous les mois les résultats obtenus aux pharmacies par l'intermédiaire de fiches d'évaluation de l'impact sur le patient. Dans la phase deux, une nouvelle cote globale (une cote de qualité sur cinq étoiles appelée cote de qualité des pharmacies) a été ajoutée à la fiche et rendue accessible aux membres du régime de GSC par l'intermédiaire de notre plateforme Web des Services en ligne et notre appli mobile sécurisées.

Lors du lancement des fiches d'évaluation de l'impact sur le patient en octobre 2017, nous avons mentionné que notre objectif à long terme était d'établir un lien entre les cotes et le remboursement des services pharmaceutiques. Nous en sommes maintenant à concevoir le nouveau modèle de remboursement en tenant compte des commentaires de l'Association des pharmaciens du Canada et de l'Association canadienne des pharmacies de quartier. Bien que les détails du modèle soient toujours en cours d'élaboration, nous pouvons vous informer de sa structure générale.

Une nouvelle structure de remboursement axée sur la valeur

La nouvelle structure de remboursement s'appliquera uniquement aux pharmacies qui ont obtenu une cote de qualité des pharmacies, soit environ le tiers des pharmacies au Canada, alors que les pharmacies non admissibles à une cote globale ne verront aucun changement dans le calcul de leur remboursement. En août 2018, nous avons indiqué la façon de calculer la cote globale et les critères à respecter pour qu'une pharmacie soit admissible à cette cote : une pharmacie doit être notée sur trois mesures ou plus et avoir au moins 10 patients admissibles pour chaque mesure. Vous pouvez consulter la section sur l'Initiative des services pharmaceutiques axés sur la valeur dans notre page Web de providerConnect (<https://www.providerconnect.ca/AdminContent/Forms.aspx?type=pharmacy&lang=fr-CA>) pour obtenir un rappel de la façon de calculer la cote globale.

providerConnect^{MD} est votre ressource en ligne

Le portail providerConnect est un outil Web destiné aux fournisseurs de soins de santé au Canada. Il vous donne accès à des formulaires, manuels de pharmacie, guides, des renseignements sur les programmes de soutien santé et bien d'autres outils et ressources réunis en un seul et même endroit.

Vous ne connaissez pas encore providerConnect? Inscrivez-vous sans plus tarder à [providerconnect.ca](https://www.providerconnect.ca).

Voici l'échéancier...

La nouvelle structure de remboursement sera liée à des périodes définies de mesure du rendement, connue comme la période de rendement. Cette dernière aura un effet sur le remboursement pour une période définie, soit la période de remboursement. Le remboursement aux pharmacies ne sera pas directement touché avant juillet 2020, mais nous devons dès maintenant réfléchir à certaines choses.

Le rendement de l'année civile 2019 déterminera le remboursement accordé aux pharmacies en juillet 2020 et au cours du cycle de remboursement suivant de 12 mois. Cela donnera suffisamment de temps aux pharmacies pour analyser la situation et comprendre les impacts potentiels sur leur entreprise. De plus amples renseignements sur le système de remboursement qui entrera en vigueur en juillet 2020 seront communiqués au cours des prochains mois.

ÉCHÉANCIER DE L'INITIATIVE DES SERVICES PHARMACEUTIQUES AXÉS SUR LA VALEUR



CHANGEMENTS APPORTÉS À L'ASSURANCE-SANTÉ PLUS

Comme vous le savez, à compter du 1^{er} avril 2019, les enfants et les jeunes de moins de 25 ans qui ont accès à une protection-médicaments dans le cadre d'un régime privé* n'auront **pas** droit à la couverture de l'Assurance-santé Plus; il est impossible de coordonner le régime provincial aux régimes privés. Cela signifie que les enfants et les jeunes à charge seront à nouveau couverts par les régimes de remboursement des médicaments de GSC.

Nous sommes conscients que les pharmaciens et les membres du régime de GSC ont peut-être des questions au sujet de ce changement; voici donc quelques points importants concernant la transition :

- À compter 1^{er} avril, toutes les demandes de règlement admissibles pour les membres du régime de GSC de moins de 25 ans devront être soumises à GSC.
- Les pharmaciens seront chargés de déterminer si leurs patients sont couverts par un régime privé ou par l'Assurance-santé Plus.
- Ce changement est le résultat de l'adoption de politiques provinciales et non de modifications apportées à la couverture de GSC ou aux pratiques pharmaceutiques.

*Un « régime privé » désigne tout type de régime, qu'il soit collectif, individuel ou offert par l'employeur, qui fournit une couverture pour les médicaments d'ordonnance, y compris un compte de frais pour soins de santé. Pour en savoir plus, voir : http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/drugs/opdp_eo/notices/exec_office_20190227_fr.pdf

- Certains enfants et jeunes à charge de moins de 25 ans avaient reçu une approbation de remboursement de médicaments admissibles au Programme d'accès exceptionnel (PAE) avant la mise en œuvre initiale de l'Assurance-santé Plus, le 1^{er} janvier 2018. Si c'est votre cas, sachez que ces approbations ont été conservées dans notre système d'évaluation des demandes de règlement pour éviter toute interruption de couverture.
- Quiconque ayant commencé à prendre un médicament admissible au PAE alors qu'il bénéficiait de l'Assurance-santé Plus bénéficiera d'une clause de droits acquis au titre du régime de GSC, sous réserve de la structure et des restrictions de ce régime; il suffit de nous présenter une preuve de paiement du médicament par l'Assurance-santé Plus au cours des six mois précédents.
- Si quelqu'un se fait prescrire un médicament admissible au PAE après le 1^{er} avril 2019, il devra se soumettre au processus normal d'autorisation préalable de GSC.
- Quiconque doit payer de sa poche des frais élevés pour des médicaments parce qu'il a dépassé le maximum prévu par son régime ou parce qu'il prend des médicaments qui ne seront pas remboursés par son régime peut présenter une demande d'adhésion au Programme de médicaments Trillium.

Renseignements pour les patients qui sont membres d'un régime de GSC

Nous avons préparé un communiqué – *Mise à jour pour les membres du régime* – afin de leur expliquer ce changement et les aviser que les demandes de règlement pour les enfants et les jeunes à charge de moins de 25 ans qui vivent en Ontario devront bientôt être soumises à GSC. Pour télécharger ce communiqué et le transmettre aux membres du régime qui ont des questions, vous n'avez qu'à [cliquer ici](#).

RAPPEL : CHANGEMENT DE PROCESSUS POUR LES PERSONNES ÂGÉES DE L'ONTARIO QUI PRENNENT DES MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE ADMISSIBLES AU PROGRAMME D'ACCÈS EXCEPTIONNEL

Comme annoncé dans le *Bulletin-Pharmacie* de décembre 2018, depuis le 1^{er} février 2019, GSC exige des personnes âgées de 65 ans et plus qui reçoivent des médicaments couverts par le PAE qu'elles demandent à leur médecin de soumettre une demande de financement au PAE.

Dans le *Bulletin-Pharmacie* d'octobre 2018, nous avons fourni quelques exemples de scénarios et les codes d'intervention à utiliser. En voici un autre...

Scénario : Le prescripteur a établi que le membre du régime n'est pas admissible au PAE, puisque ce médicament ne répond pas aux critères du PAE établis dans le document sur les critères de remboursement du PAE pour les médicaments fréquemment demandés du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.	Voici ce que vous devez faire : Inscrivez au dossier du patient que le prescripteur a fourni un document indiquant que le membre du régime n'est pas admissible au PAE. Assurez-vous également que le document peut facilement être extrait aux fins de vérification. Soumettez la demande de règlement à GSC en utilisant le code d'intervention DY = non admissible au régime provincial (DY = not eligible for provincial plan coverage).
--	---

CHANGEMENT DANS LA TAILLE DE L'EMBALLAGE DES MÉDICAMENTS OZEMPIC

À compter du 4 février 2019, les médicaments Ozempic (DIN 2471469 et 2471477) seront évalués en **mL**, plutôt qu'en stylo, dans le système de GSC. Auparavant, le système évaluait le coût des demandes de règlement par stylo (1 stylo équivaut à 1,5 mL). Veuillez apporter les modifications nécessaires à votre système logiciel pour tenir compte de ce **changement en mL**.