

Convention relative à la structure tarifaire RBP V

du 1^{er} janvier 2026

concernant la

Structure tarifaire pour les prestations du pharmacien (art. 43, al. 5 LAMal)

entre les partenaires conventionnels

a) **prio.swiss – L'Association des assureurs-maladie suisses**

Waisenhausplatz 25, 3011 Berne

prio.swiss

et

b) **Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse**

Stationsstrasse 12, 3097 Berne-Liebefeld

pharmaSuisse

Préambule

curafutura, santésuisse et pharmaSuisse ont conclu une convention sur la rémunération basée sur les prestations (RBP IV/1) en date du 1^{er} janvier 2016. La convention relative à la structure tarifaire RBP IV/1 en vigueur est remplacée par la présente convention relative à la structure tarifaire RBP V.

Art. 1 Structure tarifaire

Les partenaires conventionnels conviennent de la structure tarifaire définie à l'annexe A pour les prestations du pharmacien conformément à l'art. 43, al. 5, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). La structure tarifaire régleme les prestations des pharmaciens conformément à l'art. 25, al 2, let. *h*, LAMal en relation avec l'art. 4a de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS).

Art. 2 Champ d'application géographique

La convention relative à la structure tarifaire RBP V est applicable sur l'ensemble du territoire suisse.

Art. 3 Champ d'application matériel

¹ Le champ d'application matériel s'étend aux produits et prestations suivants, délivrés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) par un pharmacien admis à une personne couverte par l'AOS:

- a) produits figurant sur la liste des spécialités (LS) des catégories de remise A et B;
- b) produits de la LS non répertoriés sous la let. *a*;
- c) préparations magistrales conformément à la liste des médicaments avec tarif (LMT);
- d) analyses conformément à la liste des analyses (LA);
- e) moyens et appareils, dans la limite du montant maximal de remboursement (MMR) prévu par la liste des moyens et appareils (LiMA), y compris tarif Ortho Reha Suisse (ORS, anciennement tarif de l'Association suisse des orthopédistes-techniciens [ASTO]) et tarif pour les travaux de technique orthopédique de chaussures (tarif OSM), pour autant qu'ils soient référencés dans la LiMA;
- f) prestations conformément à la structure tarifaire applicable (annexe A, convention relative à la structure tarifaire);
- g) médicaments conformément aux art. 71a, 71b et 71c de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) faisant l'objet d'une garantie de prise en charge valide.

² Les tarifs de rémunération des prestations mentionnées dans les art. 2 et 3 annexe A, qui sont fournies par un pharmacien admis à une personne couverte par l'AOS, ainsi que la contribution au fonds de qualité et de recherche selon l'art. 8, ne sont applicables que dans le cadre de la délivrance de médicaments selon l'al. 1, let. *a*, *c* et *g* (ci-après « médicaments soumis à la RBP »).

³ La présente convention s'applique à tous les produits et prestations énumérés à l'al. 1, fournis par un pharmacien, personnellement ou sous sa supervision, à un patient donné ou à son représentant.

⁴ La présente convention ne s'applique pas aux livraisons à d'autres fournisseurs de prestations ou points de distribution en vue d'une remise indirecte au patient. La présente convention ne s'applique pas au commerce de gros.

Art. 4 Objectif général

¹ Les partenaires conventionnels s'engagent en faveur de la promotion de la responsabilité individuelle dans l'utilisation des médicaments, de l'optimisation du rapport-bénéfice/coût lors de la prescription et de la remise de médicaments et d'une amélioration durable de l'observance thérapeutique dans les traitements médicamenteux.

² Les partenaires conventionnels défendent les objectifs et la mise en application de la présente convention relative à la structure tarifaire vis-à-vis du public et se concertent autant que possible au préalable sur leurs déclarations à ce sujet, dans le but de fournir des informations transparentes et cohérentes. À cet effet, les partenaires conventionnels utilisent dans la mesure du possible les moyens de communication dont ils disposent. Ils respectent pour cela les prescriptions de la loi fédérale contre la concurrence déloyale (LCD).

Art. 5 Convention relative au développement de la qualité

Les partenaires conventionnels s'engagent à définir les exigences qualité légales conformément à l'art. 58a LAMal et à l'art. 77 OAMal et à les appliquer en conséquence. Les dispositions détaillées en matière de développement de la qualité sont définies dans une convention de qualité distincte.

Art. 6 Convention sur le monitoring de l'évolution des coûts et des volumes

Les partenaires conventionnels sont tenus de satisfaire aux exigences légales prévues à l'art. 47c LAMal et de respecter la convention sur le monitoring de l'évolution des quantités, des volumes et des coûts ainsi que les mesures correctives qui s'y rapportent, conformément à l'annexe D.

Art. 7 Convention sur la commission paritaire de surveillance

Les partenaires conventionnels créent une commission paritaire de surveillance dont la composition, les tâches et la méthodologie sont définies à l'annexe E.

Art. 8 Fonds de qualité et de recherche

¹ Les partenaires conventionnels gèrent un fonds de qualité et de recherche et instituent la Commission de gestion du fonds (CGF). L'utilisation des ressources du fonds, les tâches de la CGF dans le traitement des demandes de financement et la gestion des moyens financiers par un organisme indépendant sont réglées en détail à l'annexe B.

² Les pharmaciens admis versent la contribution au fonds de qualité et de recherche, qui s'élève à 0,2 % de la part relative à la distribution (hors TVA). Le règlement du fonds de qualité et de recherche RBP V s'applique selon l'annexe B.

³ Si le solde du compte du fonds dépasse CHF 4 millions au 30 juin de l'année civile en cours, le fonds cesse d'être alimenté à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante jusqu'à nouvel ordre et la contribution est versée aux assurances sous forme de rabais. Si le solde du compte au 30 juin de l'année civile en cours tombe sous la barre des CHF 2 millions, le pharmacien admis verse à nouveau la contribution prévue à l'al. 2 du présent article à compter du 1^{er} janvier suivant ou selon accord avec la CGF. La CGF établit le solde et informe sur la nécessité d'alimenter le fonds. La CGF ne peut pas modifier le montant de la contribution.

⁴ L'alimentation du fonds ne débute qu'après l'entrée en vigueur d'une convention de qualité approuvée par le Conseil fédéral conformément à l'art. 5. Cela s'applique indépendamment du fait que le solde du compte défini à l'al. 3 soit, entre-temps, passé en dessous de CHF 2 millions.

Art. 9 Éléments de la convention

Les annexes suivantes font partie intégrante de la présente convention relative à la structure tarifaire:

- Annexe A: Structure tarifaire
- Annexe B: Règlement du fonds de qualité et de recherche RBP V
- Annexe C: Surveillance des coûts selon l'art. 59c, al. 1 let. c OAMal
- Annexe D: Surveillance des coûts selon l'art. 47c LAMal
- Annexe E: Convention sur la commission paritaire de surveillance

Art. 10 Confidentialité

¹ Les partenaires conventionnels s'engagent à traiter en tant que données confidentielles en particulier les données agrégées et anonymisées mises à disposition dans le cadre du monitoring prévu à l'annexe C et à l'annexe D. Ils s'engagent en outre à ne pas transmettre ces données à des tiers tant que les exigences juridiques requises ne sont pas remplies. Cette obligation touche tous les membres concernés de l'un et de l'autre partenaire conventionnel ainsi que les personnes (morales et physiques) qui en auraient connaissance ou y accéderaient suite à une adhésion future; ils devront s'engager en conséquence.

² Le pharmacien admis consent à ce que les données agrégées et anonymisées qu'il fournit dans le cadre de la surveillance prévue à l'annexe C et l'annexe D puissent être utilisées ultérieurement par les partenaires conventionnels.

³ Les partenaires conventionnels ou, selon le cas, leurs membres ainsi que toutes les personnes en possession des données, s'assurent, par des mesures personnelles, organisationnelles et techniques appropriées, que les dispositions légales en matière de protection des données sont respectées et que la sécurité des données (chiffrement, anonymisation, etc.) est garantie.

Art. 11 Réserve de la forme écrite

Toute modification et tout complément à la présente convention ou à ses annexes requièrent la forme écrite et la signature légale des partenaires conventionnels. Si une modification relève de la compétence de vérification prévue par l'art. 46, al. 4 LAMal, l'approbation constitutive du Conseil fédéral demeure réservée.

Art. 12 Clause salvatrice

Si une ou plusieurs dispositions de la présente convention sont ou s'avèrent sans effet, nulles et non avenues, la validité des autres clauses de la convention ne s'en trouve pas affectée. Les dispositions nulles et non avenues sont remplacées par des dispositions se rapprochant le plus possible du but et de la portée économique souhaités par les parties. Si une modification relève de la compétence de vérification prévue par l'art. 46, al. 4 LAMal, l'approbation constitutive du Conseil fédéral demeure réservée.

Art. 13 Entrée en vigueur, durée et résiliation

¹ La structure tarifaire entre en vigueur au 1^{er} janvier 2026, sous réserve d'approbation par le Conseil fédéral conformément à l'art. 46, al. 4 LAMal et remplace ainsi sans transition la structure tarifaire RBP IV/1.

² La structure tarifaire est convenue pour une durée de trois ans à compter de son entrée en vigueur. Les partenaires conventionnels s'engagent à réaliser une étude pour mettre à jour le modèle de rémunération basé sur les prestations pour les prestations des pharmaciens, y compris les prestations fournies dans le cadre du commerce d'envoi postal. La version révisée du tarif doit être soumise à l'approbation du Conseil fédéral au plus tard au milieu de la troisième année suivant l'entrée en vigueur de la RBP V. En outre, des données permettant d'améliorer le modèle de coûts des pharmacies (y compris des pharmacies qui délivrent via le commerce d'envoi postal) et en particulier la productivité seront recueillies. Ces modifications sont fixées dans la version révisée de la convention tarifaire RBP.

³ La convention relative à la structure tarifaire, annexes incluses, peut être résiliée par chacun des partenaires conventionnels, pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de six mois, au plus tôt pour le 31 décembre 2027, la date de réception étant déterminante. Si l'un des partenaires dénonce la convention, les autres partenaires conventionnels s'engagent à entamer immédiatement de nouvelles négociations. Si aucun accord ne peut être trouvé dans le délai de préavis, la présente convention relative à la structure tarifaire reste en vigueur jusqu'à la conclusion d'une nouvelle convention, chaque fois pour une durée d'un an supplémentaire. La résiliation doit être adressée par écrit aux autres partenaires conventionnels et le Conseil fédéral doit être informé en conséquence.

⁴ En cas de résiliation de la convention relative à la structure tarifaire ou si celle-ci n'est pas renouvelée à l'issue de la période de trois ans, toutes les conventions tarifaires qui y sont liées deviennent également caduques. Le flux d'information nécessaire doit être assuré par les partenaires conventionnels.

Art. 14 Dispositions finales

¹ La présente convention relative à la structure tarifaire est établie et signée en trois exemplaires. Le Conseil fédéral et les partenaires conventionnels en reçoivent chacun un exemplaire.

² La présente convention relative à la structure tarifaire, annexes comprises, est traduite en français et en italien. En cas de litige, seule la version allemande fait foi.

³ Les partenaires conventionnels assurent l'exécution de la procédure d'approbation auprès du Conseil fédéral et procèdent à une audition des organisations représentant les patients conformément à l'art. 43, al. 4, LAMal.

⁴ Les partenaires conventionnels ne constituent pas entre eux une société simple sur la base de la présente convention relative à la structure tarifaire.

Berne-Liebefeld, le

Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse

Martine Ruggli
Présidente

Sven Leisi
Secrétaire général

Berne, le

prio.swiss

Felix Gutzwiller
Président

Saskia Schenker
Directrice

Annexe A: Structure tarifaire

Art. 1 Vue d'ensemble des prestations

Les prestations pharmaceutiques fournies dans le cadre de la LAMal par les pharmaciens admis en vertu de l'art. 4a, al. 1, let. *a*, *b*, *c* et *d* OPAS sont rémunérées par les positions tarifaires suivantes. Les prestations sont décrites en détail dans les art. 2 à 13 ci-dessous.

Position tarifaire	Désignation de la prestation	Points tarifaires (PT)	Type de tarif
3000.00	Validation de sécurité médicament (nouveau médicament / catégorie de remise A)	3.63	570
3001.00	Validation de sécurité médicament (nouveau médicament / catégorie de remise B)	2.83	570
3002.00	Validation de sécurité médicament (médicament existant / catégorie de remise A)	2.97	570
3003.00	Validation de sécurité médicament (médicament existant / catégorie de remise B)	1.44	570
3004.00	Validation de sécurité patient	2.75	570
3005.00	Validation de sécurité patient en institution	0.21	570
3006.00	Nouvelle saisie et actualisation données patient	0.79	570
3007.00	Semainier (3-5 médicaments)	6.56	570
3008.00	Semainier (6-8 médicaments)	10.94	570
3009.00	Semainier (9 médicaments ou plus)	15.21	570
3010.00	Remise fractionnée pour prise ambulatoire	3.75	570
3011.00	Prise sous surveillance	7.50	570
3012.00	Service de garde	12.00	570
3013.00	Explications sur l'application	2.70	570
3014.00	Substitution	Voir art. 11	570
3015.00	Mise sous blister mécanique	1.05	570
3016.00	Mise sous blister mécanique pour patient en institution	1.05	570
3017.00	Forfait méthadone (plus de 5 x par semaine)	216.03	570
3018.00	Forfait méthadone (1 à 5 x par semaine)	135.89	570
3019.00	Forfait méthadone, traitement de courte durée (plus de 5x par semaine)	111.50	570
3020.00	Forfaits méthadone, traitement de courte durée (1 à 5 x par semaine)	69.69	570

Art. 2 Validation de sécurité médicament

¹ La position tarifaire est facturée selon la catégorie de remise de Swissmedic du médicament délivré et se subdivise en quatre prestations. On distingue les médicaments nouvellement prescrits (nouveau médicament) des médicaments déjà prescrits (médicament existant) et les médicaments de la catégorie de remise Swissmedic A de ceux de la catégorie de remise B:

- **Validation de sécurité médicament (nouveau / catégorie de remise A) (3.63 PT)** – nouveau médicament de la catégorie de remise A
- **Validation de sécurité médicament (nouveau / catégorie de remise A) (2.83 PT)** – nouveau médicament de la catégorie de remise B
- **Validation de sécurité médicament (existant / catégorie de remise A) (2.97 PT)** – médicament existant de la catégorie de remise A
- **Validation de sécurité médicament (existant / catégorie de remise B) (1.44 PT)** – médicament existant de la catégorie de remise B

² Un nouveau médicament est défini comme un médicament contenant un principe actif de niveau 5 dans la classification ATC, que le patient n'a pas retiré au cours des 365 derniers jours, selon l'historique de son dossier dans la pharmacie où il présente son ordonnance.

³ Les prestations de base suivantes sont rémunérées de manière forfaitaire dans le cadre de la validation de sécurité médicament:

- Vérification d'ordonnance
- Répétition: vérification de l'admissibilité
- Vérification de la posologie et des éventuelles limitations de quantité et de points au sein de l'ordonnance
- Contrôle des interactions au sein de l'ordonnance
- Contrôle des facteurs de risque et des contre-indications connus du pharmacien
- Prise de contact avec le fournisseur de prestations prescripteur, si nécessaire médicalement ou souhaité par le patient
- Contrôle du mésusage au sein de l'ordonnance
- Conseils au patient:
 - Vérifier notamment s'il connaît la posologie, la durée du traitement et le moment idéal pour la prise des médicaments; indication écrite des doses prescrites
 - Instructions d'emploi: vérification des besoins du patient et transmission des instructions nécessaires lors de la dispensation
 - Indications sur la durée du traitement assorties d'explications
 - Indications sur les prescriptions d'utilisation et de conservation
 - Information du patient sur les effets indésirables possibles ou potentiels
 - Vérification des besoins individuels du patient en matière d'information
- Choix économiquement optimal de la taille des emballages en fonction des posologies prescrites
- Dispensation au patient selon l'urgence, modification de la prescription dans les cas urgents

⁴ La validation de sécurité médicament est prélevée par ligne d'ordonnance et ne peut être facturée qu'une fois par médicament. Est considérée comme ligne d'ordonnance la position de facturation au sein d'une facture par date de remise, pour chaque médicament, taille d'emballage et dosage. S'il n'y a pas suffisamment d'emballages en réserve le jour de la dispensation et si les emballages manquants sont remis ultérieurement, la prestation ne peut être facturée qu'une seule fois.

⁵ Conformément au champ d'application matériel (art. 3, al. 1 et 2 de la convention relative à la structure tarifaire), la facturation de la validation de sécurité médicament est également autorisée en cas de remise de

préparations magistrales selon la LMT. Étant donné que pour ces produits, la distinction entre les catégories de remise de Swissmedic et le type de délivrance ne peut pas être clairement établie, la prestation « Validation de sécurité médicament (médicament existant / catégorie de remise B) » est appliquée systématiquement lors de la facturation de la validation de sécurité médicament.

⁶ Conformément au champ d'application matériel (art. 3, al. 1 et 2 de la convention relative à la structure tarifaire), la facturation de la validation de sécurité médicament est également autorisée en cas de remise de médicaments visés aux art. 71b et 71c OAMal qui font l'objet d'une garantie de prise en charge valable. Étant donné que pour ces médicaments, il n'est pas possible de distinguer les catégories de remise de Swissmedic lors de la facturation de la validation de sécurité médicament, celle-ci est systématiquement facturée en catégorie de remise A. Pour ces médicaments, la classification du type de délivrance « nouveau médicament » ou « médicament existant » s'effectue conformément à l'al. 2.

Art. 3 Validation de sécurité patient (2.75 PT)

¹ Les prestations de base suivantes sont rémunérées de manière forfaitaire dans le cadre de la validation de sécurité patient:

- Tenue du dossier du patient
- Historique médicamenteux
- Vérification de l'association de médicaments selon les connaissances sur la situation du patient et en tenant compte de l'automédication
- Contrôle des interactions sur la base du dossier pharmaceutique
- Vérification des éventuelles limitations de quantité et de points au sein du dossier du patient
- Contrôle des abus dans le dossier du patient

² La validation de sécurité patient est essentiellement facturée pour la tenue du dossier du patient et son interprétation. Elle ne peut être facturée qu'une fois par patient, par jour et par fournisseur de prestations prescripteur. En cas de dispensations multiples le même jour sur la base de différentes ordonnances du même fournisseur de prestations, la validation de sécurité patient n'est facturée qu'une seule fois. S'il n'y a pas suffisamment d'emballages en réserve le jour de la dispensation et si les emballages manquants sont remis ultérieurement, la prestation ne peut être facturée qu'une seule fois.

Art. 4 Validation de sécurité patient en institution (0.21 PT)

¹ Dans le cadre de cette position tarifaire, la dispensation et l'exécution de l'ordonnance se font sans contact direct avec le patient et le médicament est remis à un fournisseur de prestations dans une institution disposant d'une assistance pharmaceutique. Celui-ci se charge de la préparation et de l'administration correcte du médicament au patient.

² En cas d'exécution d'une ordonnance pour un patient pris en charge par un autre fournisseur de prestations dans une institution disposant d'une assistance pharmaceutique, la prestation est facturée une fois par jour, par patient et par fournisseur de prestations prescripteur, en lieu et place de la validation de sécurité patient selon l'art. 3. La validation de sécurité médicament doit être facturée conformément à l'art. 2.

³ Par institution disposant d'une assistance pharmaceutique, on entend les établissements médico-sociaux (EMS).

Art. 5 Nouvelle saisie et actualisation des données patient (0.79 PT)

¹ La position tarifaire couvre les frais liés à la création et à la mise à jour du dossier patient d'un nouveau patient.

² Sont considérées comme nouvelles ou à mettre à jour les données d'un patient auquel, selon l'historique du dossier dans la pharmacie où l'ordonnance est présentée, aucun médicament soumis à la RBP n'a été délivré au cours des 365 derniers jours, conformément au champ d'application matériel défini à l'art. 3, al. 2 de la présente convention relative à la structure tarifaire.

Art. 6 Semainier

¹ Cette position tarifaire peut être fournie et facturée au maximum une fois par semaine en pharmacie d'officine lorsqu'un semainier est prescrit par un médecin pour un patient devant prendre au moins trois médicaments différents simultanément au cours d'une même semaine.

² S'agissant de cette prestation, on distingue trois positions tarifaires selon le nombre de médicaments que devra comporter le semainier:

- **Semainier (3 – 5 médicaments) (6.56 PT)**
- **Semainier (6 – 8 médicaments) (10.94 PT)**
- **Semainier (9 médicaments et plus) (15.21 PT)**

³ La validation de sécurité médicament au sens de l'art. 2 ne peut être facturée qu'une seule fois par emballage d'origine. La validation de sécurité patient au sens de l'art. 3 ou, alternativement, la validation de sécurité patient en institution au sens de l'art. 4 (dans des cas isolés justifiés en vertu des al. 4 et 5) ne peut être facturée qu'une seule fois par semaine en lien avec la prestation semainier.

⁴ Les coûts du semainier lors de la dispensation de médicaments à une personne assurée qui prend ses médicaments sous la surveillance d'un autre fournisseur de prestations ne sont pris en charge que dans des cas isolés et justifiés.

⁵ Il peut notamment s'agir de traitements antibiotiques de courte durée, de la prise de cytostatiques, de comprimés orodispersibles, de comprimés photosensibles ou de modifications à court terme et de la phase d'ajustement d'un nouveau traitement.

Art. 7 Remise fractionnée pour prise ambulatoire (3.75 PT)

¹ Le contrôle de la remise fractionnée pour prise ambulatoire doit être prescrit explicitement sur l'ordonnance par le fournisseur de prestations prescripteur.

² Cette position tarifaire couvre, conformément à l'art. 4a, al. 1, let. d OPAS, les prestations supplémentaires fournies par un pharmacien admis en pharmacie d'officine dans le cadre de l'assistance fournie par un pharmacien admis prescrite par un médecin ordonnant la remise fractionnée d'un ou de plusieurs emballages pour prise ambulatoire, jusqu'à un maximum d'une fois par jour et par fournisseur de prestations prescripteur. La facturation est établie pour chaque retrait. Si plusieurs emballages du même médicament sont remis au cours d'une même délivrance, la prestation ne doit être facturée qu'une seule fois. La date et l'heure de la remise doivent être documentées.

³ La validation de sécurité médicament au sens de l'art. 2 annexe A ne peut être facturée qu'une seule fois par emballage original. La validation de sécurité patient selon l'art. 3 annexe A doit être facturée avec la remise d'un emballage fractionné pour une prise ambulatoire, au maximum une fois par semaine.

⁴ La rémunération de l'assistance dans la prise du traitement de substitution à la solution de méthadone fait l'objet d'une disposition spécifique à l'art. 13 et n'entre pas dans le cadre d'une remise fractionnée pour prise ambulatoire.

Art. 8 Prise sous surveillance (7.50 PT)

¹ La prise sous surveillance d'un médicament en pharmacie doit être prescrite explicitement sur l'ordonnance par le fournisseur de prestations prescripteur.

² La position tarifaire couvre les coûts supplémentaires en pharmacie d'officine du pharmacien admis en vertu de l'art. 4a, al. 1, let. d OPAS pour l'assistance prescrite par un médecin lors de la prise en pharmacie d'un ou de plusieurs médicaments.

³ Dans le cadre de cette prestation, aucune distinction n'est faite en fonction du nombre de médicaments à prendre sous surveillance.

⁴ La validation de sécurité médicament au sens de l'art. 2 ne peut être facturée qu'une seule fois par emballage d'origine. La validation de sécurité patient selon l'art. 3 doit être facturée au maximum une fois par semaine lors de la prise sous surveillance.

⁵ La rémunération de la prise sous surveillance de la solution de méthadone fait l'objet d'une disposition spécifique à l'art. 13. La prestation « prise sous surveillance » est déjà couverte par le forfait méthadone selon l'art 13 pour tous les médicaments pris sous contrôle en même temps que la solution de méthadone.

Art. 9 Service de garde (12.00 PT)

¹ Cette position tarifaire couvre, indépendamment de toutes les autres prestations RBP fournies, les coûts supplémentaires engendrés par traitement en pharmacie d'officine d'une ordonnance médicale pendant le service d'urgence et en dehors des heures d'ouverture régulières de la pharmacie assurant le service de garde.

² Dans le cas des pharmacies de garde ouvertes 24h / 24 ou des pharmacies de nuit, la prestation est rémunérée dès lors qu'elle est fournie en dehors des heures d'ouverture locales usuelles du commerce de détail.

³ Les conditions sont les suivantes:

- a. Le médicament utilisé dans le cadre d'une urgence doit être immédiatement disponible pour le traitement et remis par une pharmacie de garde en dehors des heures d'ouverture locales habituelles.
- b. Le pharmacien doit indiquer l'heure de la remise sur l'ordonnance ou la documenter de manière appropriée.
- c. Ce supplément ne peut être facturé qu'une seule fois par retrait en cas d'urgence.

Art. 10 Explications sur l'utilisation (2.70 PT)

¹ Cette position tarifaire couvre la totalité du travail supplémentaire engendré par les instructions à donner au patient pour la prise de médicaments prescrits. Les validations de sécurité ne sont pas considérées comme travail supplémentaire et sont rétribuées conformément aux art. 2 et 3.

² La délivrance des médicaments suivants, qui nécessitent des instructions particulières et génèrent un surcroît de travail significatif résultant d'une démonstration, d'une illustration ou d'une présentation, est couverte par cette position tarifaire en pharmacie d'officine:

Antiasthmatiques

- Sympathicomimétiques et parasympholytiques pour inhalation (index thérapeutique IT 03.04.30.)
- Corticostéroïdes pour inhalation (IT 03.04.40.)

Injections

- Toutes les injections que le patient doit s'administrer lui-même

Applications topiques

- Imiquimod (ATC D06BB10)
- Tacrolimus (ATC D11AH01)
- Pimécrolimus (ATC D11AH02)
- Fluorouracile (ATC D11AF et L01BC02)
- Fluorouracile, combinaisons (ATC D11AF et L01BC52)

³ La prestation ne peut être facturée que lors de la première dispensation du médicament nécessitant des instructions.

Art. 11 Substitution

¹ Cette position tarifaire rémunère les prestations du pharmacien admises suivantes dans le cadre de la substitution de préparations originales par leurs génériques et de préparations de référence par leurs biosimilaires:

- Proposition d'un générique ou d'un biosimilaire et obtention du consentement du patient;
- Sélection du générique ou du biosimilaire qui convient au patient
- Mention de la substitution sur l'ordonnance
- Documentation de la substitution dans le dossier du patient
- Information du fournisseur de prestations prescripteur
- Documentation de la substitution sur la facture

² La différence de prix selon la LS (prix public) entre le médicament prescrit par le médecin et le médicament de substitution délivré est déterminante pour la facturation de cette prestation. Le pharmacien doit dans ce cas créer une position « Participation aux économies » et peut ainsi facturer la différence de prix, qui est imputée à 40 % au pharmacien et à 60 % à l'assureur.

³ Le pharmacien peut facturer au maximum 40 CHF hors TVA comme « contribution aux économies ».

⁴ En cas de prescription d'un grand emballage au début d'un traitement de longue durée, le pharmacien remet d'abord un petit emballage, conformément aux règles de « bonnes pratiques de remise ». En cas de substitution, le pharmacien ne peut facturer la position tarifaire « Participation aux économies » que sur la substitution du premier grand emballage délivré.

⁵ La substitution n'est rémunérée que lors de la première substitution et non lors de renouvellements ou de remises ultérieures de ce médicament.

⁶ La position tarifaire « Substitution » ne peut être facturée si le fournisseur de prestations prescripteur prescrit le principe actif ou s'il délègue explicitement la substitution au pharmacien (mention « *aut idem* » ou « *aut genericum* »).

Art. 12 Mise sous blister mécanique

¹ Sur prescription du médecin, la prestation de mise sous blister peut être facturée aux patients qui prennent simultanément au minimum trois médicaments différents.

² Pour la mise sous blister mécanique, 1.05 PT peut être facturé par patient et par jour. Après 15 millions de journées patients par an, une réduction de CHF 0.10 s'applique. Après chaque augmentation de 5 millions de journées patients supplémentaires, une nouvelle baisse de tarif de 0.07 PT intervient. Cette réglementation est limitée à trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la structure tarifaire et sa mise en œuvre correcte est assurée par la commission de surveillance, conformément à l'annexe E. Si un tarif de 0.91 PT est atteint avant la fin des trois ans, les partenaires conventionnels doivent renégocier.

³ Cette position tarifaire inclut aussi les mises sous blister semi-automatisées (type film rigide/carton), dans le cadre desquelles la mise sous blister n'est pas effectuée de manière purement manuelle, mais partiellement assistée par ordinateur.

⁴ Les partenaires conventionnels s'engagent à reprendre les négociations sur le maintien ou l'ajustement du tarif pour mise sous blister mécanique deux ans après l'entrée en vigueur de la structure tarifaire.

⁵ La validation de sécurité médicament prévue à l'art. 2 ne peut être facturée qu'une fois tous les 90 jours par médicament mis sous blister. La validation de sécurité patient au sens de l'art. 3 ou, alternativement, la validation de sécurité patient en institution au sens de l'art. 4 ne peut être facturée qu'une seule fois par semaine lorsqu'elle est liée à une mise sous blister automatisée.

⁶ Les médicaments mis sous blister sont facturés comme des comprimés individuels. Le calcul du prix du comprimé individuel se fait sur la base du plus grand emballage original sur la LS destiné à la remise aux patients (pas d'emballages hospitaliers).

⁷ En cas de mise sous blister mécanique, le semainier prévu à l'art. 6 ne peut pas être facturé.

⁸ Cette position tarifaire s'applique aussi bien à la dispensation par la pharmacie qu'à la remise de blisters à des personnes assurées prenant leurs médicaments sous la surveillance d'un autre fournisseur de prestations dans une institution disposant d'une assistance pharmaceutique.

Art. 13 **Forfaits méthadone (hors médicaments prêts à l'emploi)**

¹ Si un traitement de substitution à la solution de méthadone a été prescrit par un médecin, les prestations en pharmacie d'officine du pharmacien admis, y compris la remise sous surveillance, sont rémunérées selon les tarifs mensuels suivants:

Prestation	remboursement
Prise sous surveillance du traitement de substitution à la solution de méthadone sur prescription du médecin plus de cinq fois par semaine	216.03 PT
Prise sous surveillance du traitement de substitution à la solution de méthadone sur prescription du médecin une à cinq fois par semaine	135.89 PT

² Les tarifs suivants s'appliquent en cas de traitement de courte durée:

Prestation	remboursement
Forfaits méthadone, traitement de courte durée: prise sous surveillance plus de cinq fois par semaine, durée: 1 à 15 jours	111.50 PT
Forfaits méthadone, traitement de courte durée: prise sous surveillance une à cinq fois par semaine, durée: 1 à 15 jours	69.69 PT

³ Les positions tarifaires susmentionnées comprennent toutes les prestations fournies et tous les produits mis à disposition par le pharmacien admis en rapport avec la prise de méthadone sous surveillance prescrite par le médecin (notamment solution-mère, prise sous surveillance d'autres médicaments ingérés en même temps que la méthadone, moyens et appareils utilisés, prestations du pharmacien, taxe de contrôle des stupéfiants selon la LMT, etc.). Elles ne peuvent être facturées qu'une fois par mois au maximum pour chaque patient. Cette règle de facturation ne concerne pas le traitement de courte durée.

⁴ Pour les forfaits méthadone et les forfaits méthadone pour traitement de courte durée, le décompte est établi sur la base de 30 jours pour l'al. 1 et de 15 jours pour l'al. 3 à compter de la première délivrance.

Annexe B: Règlement du fonds de qualité et de recherche RBP V

Art. 1 Généralités

Le présent règlement repose sur l'art. 8 de la convention relative à la structure tarifaire et définit les droits et les obligations des partenaires conventionnels.

Art. 2 Utilisation du fonds de qualité et de recherche

¹ Le fonds est utilisé pour financer le développement de la qualité selon l'art. 58a LAMal ainsi que des projets visant à améliorer la prise en charge des patients et la qualité, la sécurité et l'économicité des traitements médicamenteux. Il est également destiné à financer des études et des projets de recherche poursuivant les mêmes objectifs.

² Le fonds sert notamment au financement:

- de projets visant à la création de mesures au sens de l'art. 58a LAMal
- des projets pilotes visant à évaluer de nouvelles prestations pharmaceutiques ou de nouvelles formes de collaboration interprofessionnelle;
- d'études économiques et scientifiques dans le domaine pharmaceutique, qui servent à améliorer la prise en charge des patients ainsi que la qualité, la sécurité et l'économicité des traitements médicamenteux;
- études (cliniques), études sur la prise en charge, études de désescalade sur les médicaments visant notamment à optimiser la durée et la fréquence d'utilisation des médicaments et à éviter les effets indésirables;
- de prestations d'intérêt général ne pouvant être facturées aux patients;
- d'études ou de programmes pour contrôler et garantir la qualité des formations initiale et postgrade.

Art. 3 Gestion du fonds de qualité et de recherche

¹ La Commission de gestion du fonds (CGF) est composée de quatre membres représentant les assureurs et de quatre membres représentant les pharmaciens. Les représentants des assureurs et ceux des pharmaciens disposent respectivement de quatre voix, quel que soit le nombre de représentants présents. Pour ces huit voix, la majorité simple s'applique. Les coûts de la CGF, y compris la rédaction du procès-verbal, sont supportés par les membres eux-mêmes.

² La CGF assure en priorité le financement des mesures de développement de la qualité selon l'art. 58a LAMal. Toutes les mesures de développement de la qualité sont définies dans la convention de qualité selon l'article 58a LAMal. La CGF veille à ce qu'outre le financement des mesures de développement de la qualité et des contributions financières aux études et projets, des moyens suffisants pour la gestion du secrétariat de la CGF soient disponibles.

³ La sélection des études et des projets financés par le fonds est confiée à la CGF.

⁴ Les demandes de financement doivent exclusivement être déposées par un partenaire conventionnel. Le secrétariat désigné par les partenaires conventionnels (art. 3, al. 8) transmet immédiatement les documents reçus à tous les membres de la CGF pour consultation. Conformément au processus défini à l'alinéa 5, les membres de la CGF doivent dans un premier temps déterminer si la demande correspond aux critères et si un financement (soutien financier) est envisageable (décision formelle). Conformément au processus pour la prise

de décision formelle (voir fig. 1), le secrétariat fait parvenir dans les 14 jours une première réponse à l'auteur de la demande.

⁵ Le processus de décision est défini comme suit:

En cas de décision formelle positive au sujet de la demande de financement, les membres de la CGF étudient la demande en détail et prennent une décision dans les 30 à 60 jours maximum conformément au processus défini (voir fig. 1), qui est communiquée à l'auteur de la demande dans le même laps de temps. La décision peut être prise lors d'une séance ou par voie de circulaire. Elle est consignée dans un formulaire standard avec les documents correspondants. Si des précisions sont nécessaires ou si des documents supplémentaires doivent être obtenus avant de pouvoir prendre une décision, ces derniers sont évalués dans un délai de 30 jours supplémentaires au maximum après réception des documents et des réponses demandés. Il est possible de poser de nouvelles questions pour autant qu'elles concernent les informations supplémentaires qui ont été demandées. Selon le processus de décision (fig. 1), celles-ci doivent être évaluées dans les 15 jours après réception.

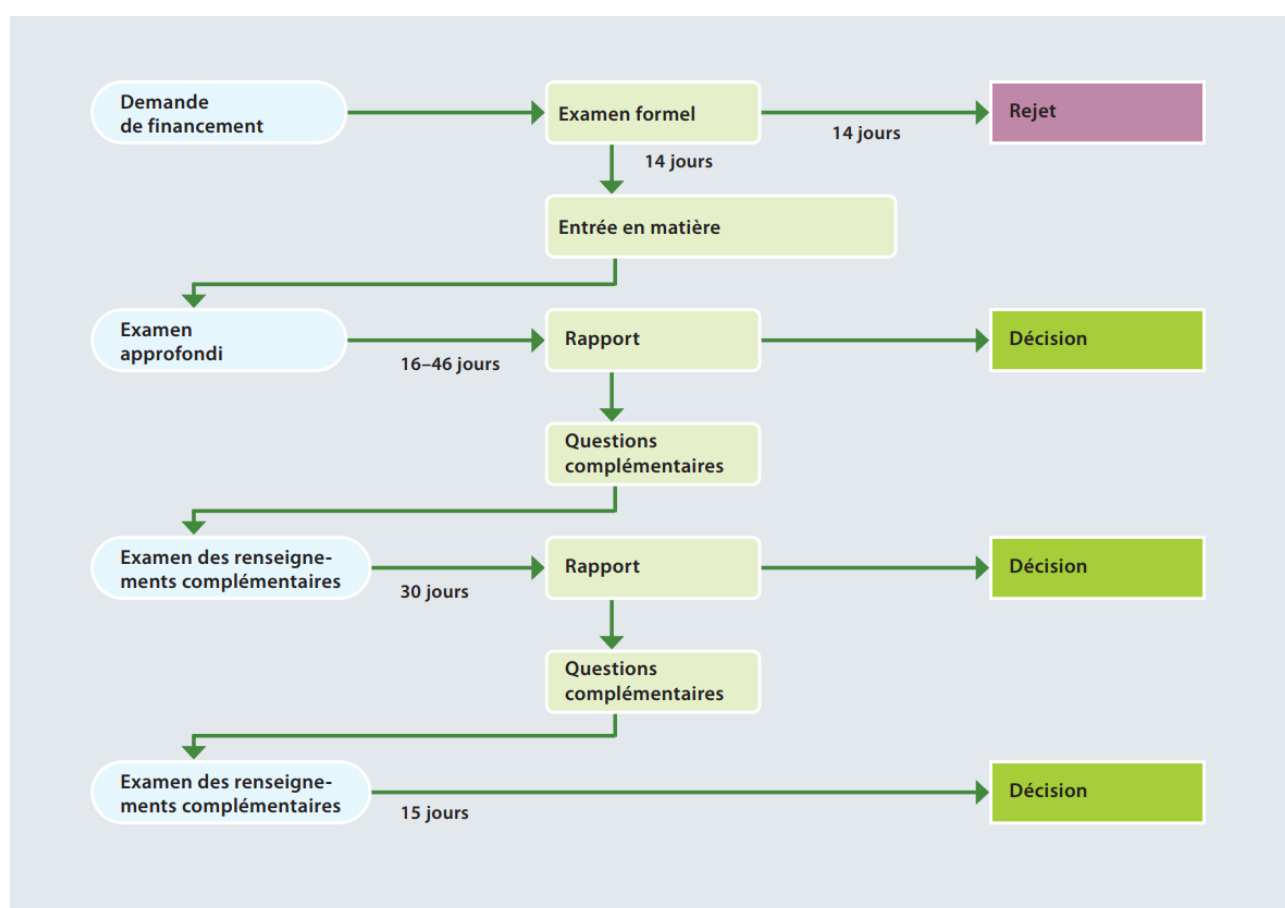


Figure 1: Processus de décision

⁶ Si la CGF ne parvient pas à une décision ou si les délais définis dans le processus ne peuvent pas être respectés, la CGF demande, sur proposition d'au moins deux membres de la commission, une évaluation et une décision en la matière à l'instance supérieure dans le cadre d'une séance plénière à savoir la délégation de négociation RBP (DN RBP). La DN RBP se compose des représentants de l'ensemble des partenaires conventionnels. En DN RBP, les représentants de pharmaSuisse et ceux des assureurs disposent chacun de deux voix. Une décision de la DN RBP requiert la majorité simple. Une décision doit impérativement être prise.

⁷ Les ressources du fonds sont gérées par un prestataire externe indépendant désigné d'un commun accord, qui tient la comptabilité correspondante. Les frais administratifs, les frais d'encaissement et la TVA à verser à l'Administration fédérale des contributions sont payés par le fonds. Tous les ans, un budget est établi pour l'année qui suit. Il est présenté à la CGF et approuvé par cette dernière. Les révisions effectuées régulièrement par des sociétés externes sont également financées par le fonds. Tous les partenaires conventionnels doivent pouvoir consulter les comptes à tout moment.

⁸ La gestion du secrétariat est assumée d'un commun accord par l'un des partenaires conventionnels. Le secrétariat assume des tâches administratives générales de la présente convention relative à la structure tarifaire. Il transmet notamment les documents aux membres de la CGF, envoie une réponse à l'auteur de la demande conformément au processus pour la prise de décision formelle (fig. 1) et s'acquitte d'autres tâches administratives comme la convocation de séances selon les instructions et les directives de la CGF. Le fonds couvre les frais administratifs liés à la tenue du secrétariat (CHF 120.– de l'heure, hors TVA). Le partenaire conventionnel responsable du secrétariat établit chaque année une facture détaillée avec un décompte des dépenses, qui doit être présentée à la CGF pour approbation.

Art. 4 Livraison des données et encaissement

¹ Le pharmacien admis au sens de la convention tarifaire applicable s'engage, dès lors qu'il applique la structure tarifaire RBP V, à verser la part fixée pour alimenter le fonds. La déclaration d'adhésion à la convention tarifaire applicable spécifie qu'il s'agit, pour les montants, d'une reconnaissance de dette. En fonction du solde du fonds de qualité et de recherche, les versements pour l'alimenter peuvent être interrompus ou repris. La décision sur l'alimentation du fond est prise sur la base de l'art. 8, al. 4 de la convention relative à la structure tarifaire. La CGF tient compte de tous les engagements contractés au moment de prendre ses décisions et garantit leur couverture par le fonds. La décision d'interrompre ou de reprendre les versements est prise à la fin d'une année civile et produit effet pendant au moins une année civile.

² En acceptant la structure tarifaire, le pharmacien admis s'engage à transmettre ses données de facturation à la charge de l'assurance obligatoire des soins à la centrale de données reconnue paritairement.

³ Les systèmes informatiques des pharmacies doivent être en mesure de livrer ces données à la centrale de données reconnue paritairement. Le pharmacien admis peut également, s'il le souhaite, demander à une autre centrale de données de se charger de transmettre ces données.

⁴ La facturation aux pharmaciens admis est effectuée à intervalles réguliers (au moins une fois par an, mais de préférence chaque semestre ou chaque trimestre).

Art. 5 Sanctions

¹ En cas de non-transmission ou de transmission de données erronées à la centrale de données par un pharmacien admis selon la convention tarifaire en vigueur, les assureurs fournissent les données de la pharmacie en question pour la période déterminante à la CPA, afin que celle-ci puisse fixer le montant dû par le pharmacien admis.

² En cas de non-transmission ou de transmission de données erronées à la centrale de données ou de non-versement de la contribution au fonds de qualité et de recherche par un pharmacien admis, la CGF statue dans un délai de trois mois, sur la base de critères objectifs, sur une procédure de sanction pour non-respect ou non-exécution des dispositions de la convention.

³ En même temps que sa proposition, la CGF transmet tous les documents pertinents et toutes les preuves aux assureurs en vue de l'ouverture éventuelle d'une procédure de sanction.

⁴ Après examen des documents, les assureurs décident chacun librement s'il convient d'engager une procédure de sanction devant le tribunal arbitral et s'il y a lieu de faire appel à un représentant juridique externe.

⁵ Si les assureurs entament une procédure de sanction en vertu de l'art. 59 LAMal, pharmaSuisse assume la moitié des frais externes engendrés (frais de justice, dépens éventuels à la partie adverse et honoraires de l'avocat externe) en cas de décision défavorable au pharmacien admis. Si les assureurs n'ont pas fait appel à un avocat externe, pharmaSuisse verse aux assureurs, en cas de décision défavorable au pharmacien admis, une indemnité forfaitaire pour les frais occasionnés d'un montant maximal de CHF 2000 par cas, pour autant que ce montant total soit atteint. Les coûts restants sont à la charge des assureurs.

⁶ S'il s'avère que le tribunal arbitral prévu à l'art. 89 LAMal n'est pas compétent pour évaluer le cas, les parties à la convention relative à la structure tarifaire décident conjointement s'il y a lieu d'entamer une procédure de droit privé ou de prendre d'autres mesures.

Art. 6 Dissolution du fonds de qualité et de recherche

¹ En cas de dissolution ou de fermeture du fonds, tous les projets et demandes de financement déjà approuvés sont dans la mesure du possible financés par le fonds conformément à la décision. Aucun autre projet ou demande de financement ne sera accepté si le fonds est déjà épuisé. Tout endettement du fonds est proscrit.

² Le solde du fonds après réalisation de tous les projets approuvés est mis à disposition des payeurs de prime après déduction de tous les coûts directs et indirects occasionnés par la gestion et la dissolution du fonds, conformément à l'art. 2, al. 3.

Annexe C: surveillance des coûts selon l'art. 59c, al. 1 let. c OAMal

Art. 1 Buts

¹ Afin de garantir la neutralité des coûts lors du changement de modèle tarifaire prévue à l'art. 59c, al. 1 let. c OAMal ainsi que l'adaptation du tarif prévue à l'art. 59c, al. 2 OAMal, les partenaires conventionnels conviennent d'une surveillance commune assortie de mesures correctives.

² Cette surveillance a plusieurs finalités:

- a) Démontrer et garantir la neutralité des coûts de la transition vers la nouvelle structure tarifaire
- b) Convenir de mesures de correction contraignantes en cas de dépassement du seuil défini
- c) Observer l'évolution des quantités pour les positions tarifaires correspondantes
- d) Rendre compte des conséquences de l'application de la structure tarifaire au niveau national.

Art. 2 Calcul du volume de référence déterminant

¹ Le volume de base est calculé à partir de l'année de données 2022 (année de référence).

² La situation de départ est le volume des recettes tarifaires de la RBP IV/1 décomptées (volume de points tarifaires multiplié par la valeur du point de CHF 1.05) durant l'année de référence.

³ Le volume de recettes tarifaires déterminantes est calculé sur la base des valeurs brutes (hors taxe sur la valeur ajoutée, TVA), déduction faite de la ristourne à la caisse-maladie (RCM) RBP IV/1. Le produit qui en résulte sert ensuite de volume de référence pour le calcul des valeurs de référence dans la phase de neutralité des coûts après l'introduction de la RBP V.

⁴ Les positions tarifaires Substitution, Mise sous blister mécanique et Semainier sont considérées séparément et surveillées conformément aux art. 5 et 6. Elles ne sont donc pas comptabilisées dans le volume de référence.

Art. 3 Compte témoin et détermination de la valeur de référence

¹ Le compte témoin permet de comparer la nouvelle structure tarifaire RBP V avec la structure tarifaire précédente RBP IV/1 pour une période de décompte donnée. Dans le compte témoin, le volume effectif de points tarifaires (nombre de points tarifaires facturés sous RBP V) de la période de décompte concernée est transcodé en un volume de points tarifaires RBP IV/1 fictif (valeur de référence).

² La valeur de référence dans la phase de neutralité des coûts est calculée comme suit:

- Le volume de recettes tarifaires RBP V effectivement généré est retransformé en un volume de recettes tarifaires RBP IV/1 (fictif) et le rendement RBP IV/1 (fictif) est ainsi simulé (compte témoin avec l'ancien tarif).
- La simulation s'effectue avec les volumes de recettes tarifaires RBP V effectivement générés pendant la période de décompte mesurée (volume de points tarifaires RBP V multiplié par la valeur du point tarifaire RBP V), qui sont convertis en un volume de recettes tarifaires RBP IV/1 équivalent (volume de points tarifaires RBP IV/1 transcodé multiplié par la valeur du point tarifaire RBP IV/1 de 1.05 CHF).

³ Les positions tarifaires suivantes sont exclues du compte témoin: Mise sous blister mécanique, Semainier et Substitution.

Art. 4 Mécanisme de correction

¹ Les partenaires conventionnels conviennent d'une marge de tolérance (corridor) pour la mise en œuvre de mesures correctives, à savoir un écart de $\pm 0,5$ % du volume effectif des recettes tarifaires RBP V par rapport à la valeur de référence (volume des recettes tarifaires RBP IV/1 simulé).

² En cas d'écart vers le haut ou le bas de plus de 05 % sur la valeur de référence, la structure tarifaire RBP V est corrigée de manière linéaire sur toutes les prestations individuelles avec points tarifaires, à l'exception des positions tarifaires Mise sous blister mécanique, Substitution et Semainier, de sorte que le rendement tarifaire RBP V (corrigé) corresponde à la valeur de référence. En cas de divergence significative entre les différentes positions tarifaires, les partenaires conventionnels peuvent procéder à une correction spécifique de la position tarifaire concernée.

Art. 5 Surveillance spécifique et mécanisme de correction pour les positions tarifaires Mise sous blister mécanique et Semainier

¹ Pour garantir la neutralité des coûts, un budget sectoriel commun est défini pour les positions tarifaires Mise sous blister mécanique et Semainier. Celui-ci se compose du produit réalisé au cours de l'année de référence pour la position tarifaire Semainier. Afin de comparer l'évolution du chiffre d'affaires, les économies suivantes réalisées grâce à la Mise sous blister mécanique sont prises en compte, à savoir:

- Économie réalisée grâce à la facturation des médicaments en fonction des besoins (remise de comprimés à l'unité au lieu de l'emballage original, ce qui permet d'éviter le gaspillage de médicaments)
- Économie réalisée grâce à l'utilisation du plus grand emballage original de la LS (hors emballages hospitaliers).

² Le respect du budget sectoriel commun pour les positions tarifaires Semainier et Mise sous blister mécanique est déterminé pendant la phase de neutralité des coûts sur la base du volume de recettes tarifaires effectivement facturé pour les deux positions tarifaires et de la mesure des effets d'économie. Si le budget sectoriel est dépassé, les points tarifaires de la position tarifaire Semainier sont corrigés en fonction du budget défini pour l'année de référence. Si le budget n'est pas atteint, aucune correction n'est effectuée.

³ La position tarifaire Mise sous blister mécanique est en outre soumise à une dégression tarifaire telle que décrite à l'art 12, al. 2, annexe A. Cette dégressivité est prise en compte dans l'examen du budget sectoriel.

Art. 6 Surveillance spécifique pour la position tarifaire Substitution

L'application de la position tarifaire Substitution permet de surcompenser les coûts supplémentaires qui en résultent par les économies réalisées. En raison de cette surcompensation, cette position tarifaire ne fait l'objet d'un monitoring que pour contrôler l'évolution des quantités et déterminer les économies réalisées. Les partenaires conventionnels conviennent qu'aucune mesure corrective ne sera prise.

Art. 7 Durée et fréquence de la surveillance

¹ La surveillance visant à garantir la neutralité des coûts est effectuée pendant une période de décompte de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la nouvelle structure tarifaire RBP V (2026-2028).

² Les données correspondantes sont analysées chaque année, au moins 6 mois après la date du traitement. Les premières consultations et analyses de données auront lieu au cours du troisième trimestre de l'année X+1 après l'introduction de la RBP V (en 2027 en cas d'introduction au 1^{er} janvier 2026) avec la correction correspondante en cas de dépassement ou de sous-dépassement du corridor selon l'art. 4 ou en cas de dépassement du budget sectoriel commun défini pour les positions tarifaires Mise sous blister mécanique et Semainier selon l'art. 5 de la présente annexe au 1^{er} janvier de l'année X+2 (en 2028 en cas d'introduction au 1^{er} janvier 2026).

Art. 8 Reporting

Dans les 30 jours suivant la réalisation de la surveillance, les partenaires conventionnels informent chaque année par écrit l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), division Tarifs et bases, des corrections apportées au monitoring réalisé, de ses résultats et des éventuelles corrections apportées à la structure tarifaire.

Art. 9 Sources des données

¹ La base de données repose sur l'outil de monitoring (MTL) de COGE ou d'une éventuelle société qui lui aurait succédé, ainsi que sur les spécifications utilisées pour cette application. Les autres sources de données (IQVIA, banque de données tarifaires) servent à contrôler la plausibilité. Le MTL est exploité conjointement par les partenaires conventionnels à titre d'outil commun, l'accès aux mêmes données étant garanti pour tous les partenaires conventionnels.

² Les données permettant de mesurer les effets d'économie sur la position tarifaire Mise sous blister mécanique selon l'art. 5 sont mises à la disposition des membres de la commission de surveillance de pharmaSuisse.

³ Toutes les données nécessaires à la réalisation de la surveillance sont systématiquement utilisées de manière anonyme. Les partenaires conventionnels se voient garantir la transparence requise en matière de données, dans le respect des dispositions de protection des données applicables.

Annexe D: surveillance des coûts selon l'art. 47c LAMal

Art. 1 Buts

La présente annexe fixe, au sens de l'art. 6 de la convention relative à la structure tarifaire, la mise en œuvre de l'art. 47c LAMal, qui doit obligatoirement être appliqué dans toutes les conventions selon l'art. 43, al. 4 LAMal.

Art. 2 Organisation

La commission paritaire de surveillance constituée par les partenaires conventionnels à l'annexe E se fonde également sur l'art. 47c LAMal. Les autres tâches et compétences sont définies à l'art. 2 de l'annexe E.

Art. 3 Entrée en vigueur

Le monitoring selon l'art. 47c LAMal entre en vigueur consécutivement au monitoring selon l'art. 59c al. 1 let. c OAMal ainsi que l'art. 59c, al. 2 OAMal.

Chapitre I Monitoring et surveillance

Art. 4 Base de données

¹ Les données du pool tarifaire de SASIS SA constituent la source de données à compter de l'entrée en vigueur de la convention relative à la structure tarifaire RBP V. Le pool tarifaire comprend les données de facturation des assureurs sous forme agrégée.

² L'attribution des données à la période d'observation se fait sur la base de la date de décompte (conformément à la date de facturation).

³ Dans la mesure du possible, pharmaSuisse vérifie la plausibilité des données du pool tarifaire sur la base de ses propres sources de données. En cas de divergence entre les sources de données, les partenaires conventionnels engagent le dialogue et en clarifient la cause.

Art. 5 Paramètres

¹ L'art. 47c LAMal dispose que la surveillance doit porter aussi bien sur l'évolution des quantités que sur celle des volumes et des coûts.

² Dans le domaine des prestations des pharmaciens (RBP), il convient de surveiller au moins les valeurs suivantes:

Paramètre	Description	Détermination
Quantité	Nombre de prestations facturées par position tarifaire	La quantité par position tarifaire est tirée du pool tarifaire.
Volumes	Nombre de points tarifaires (PT) facturés par position tarifaire	Le volume par position tarifaire est tiré du pool tarifaire, mais il peut aussi être calculé à partir de la quantité: $\text{Volume} = \text{quantité} * \text{PT}$
Coûts	Coûts (bruts) ¹ par position tarifaire	Les coûts par position tarifaire sont tirés du pool tarifaire, mais peuvent également être calculés à partir du volume: $\text{Coûts} = \text{volume} * \text{valeur du point tarifaire (VPT)}$

Tableau 1: paramètres prévus par la loi

¹ Dans le contexte des données du pool tarifaire, les coûts bruts désignent les coûts totaux d'une prestation, préalablement payés par les assureurs et saisis dans le pool tarifaire.

Art. 6 Réalisation du monitoring

¹ Afin de respecter les exigences en matière de monitoring prévues à l'art. 47c LAMal, les paramètres définis dans le tableau 1 sont relevés et comparés avec les valeurs correspondantes des années précédentes. La mise en œuvre relève de la compétence de la commission de monitoring, conformément à l'annexe E.

² Le monitoring se déroule en trois étapes, décrites sommairement ci-dessous. La description détaillée se trouve dans les chapitres suivants.

³ Prévion des coûts: dans l'année sous revue (année qui fait l'objet du monitoring), on établit une prévion des coûts pour l'année en cours, à partir de laquelle on déduit un plafond. Les prévions de coûts se basent sur l'évolution des coûts des années précédentes (« période de référence »).

⁴ Monitoring: au cours de l'année de rapport (année suivant l'année sous revue), les coûts totaux sont calculés pour les prestations effectivement fournies au cours de l'année sous revue. Les coûts totaux ne doivent pas dépasser le plafond prévu à l'alinéa 3.

⁵ Analyse en cas de dépassement des coûts: au cours de l'année d'analyse (année suivant l'année de rapport), en cas de dépassement des coûts, les causes sont analysées et si le dépassement des coûts n'est pas justifié, des mesures correctives sont prises conformément à l'art. 10, annexe D.

⁶ Le processus de monitoring se déroule conformément à la figure 1 ci-dessous.

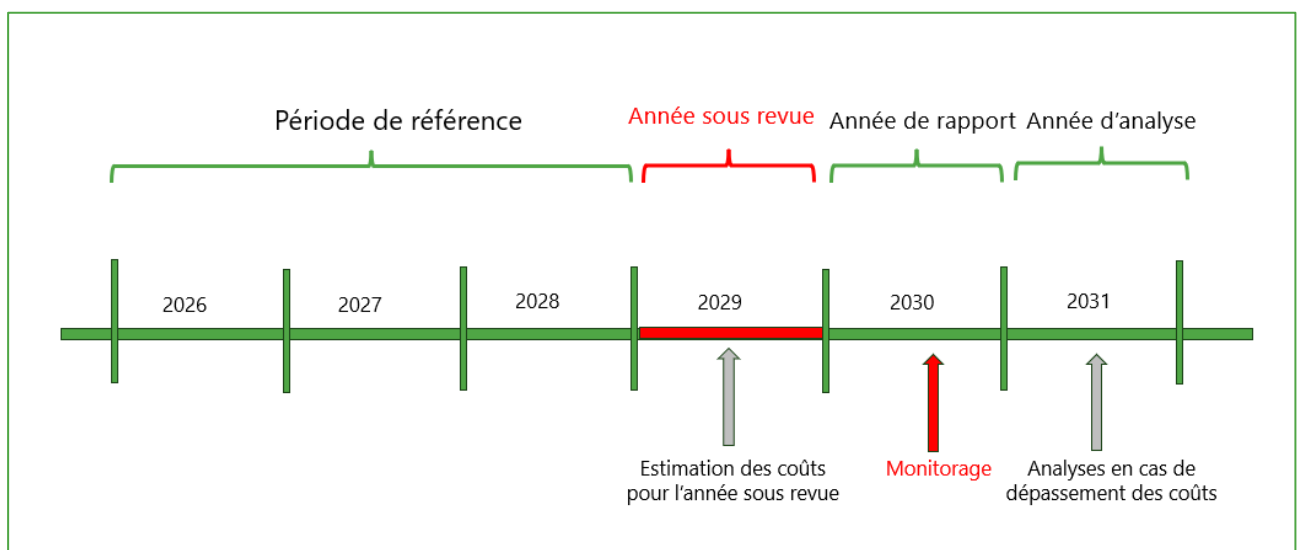


Figure 1: Illustration du déroulement du monitoring. L'année sous revue (dans le cas présent, l'année 2029) est monitorée. À cette fin, une estimation des coûts est effectuée au cours de l'année sous revue, sur la base de l'évolution des quantités pendant la période de référence. Le monitoring de l'année sous revue est effectué durant l'année de rapport (dans le schéma, l'année 2030). En cas de dépassement des coûts, les causes seront examinées lors de l'année d'analyse (2031).

⁷ Une prévion des coûts est établie pour l'année sous revue, à partir de laquelle on déduit un plafond. L'estimation des coûts se fonde sur les bases suivantes:

- les quantités facturées pendant la période de référence
- les PT en vigueur durant l'année sous revue
- la ou les VPT en vigueur durant l'année sous revue

⁸ Dans un premier temps, on établit une prévion des quantités attendues durant l'année sous revue. À partir de ce pronostic de quantité, on calcule les prévions de volume et de coûts sur la base des PT et de la VP.

⁹ Le pronostic de quantité se base sur l'évolution des quantités durant la période de référence. L'évolution durant cette période est extrapolée à partir de l'année sous revue. Sont considérés comme période de référence les 5 dernières années précédant l'année sous revue, à l'exception de la première et de la deuxième exécution, étant donné que durant ces périodes, la RBP V n'est en vigueur que depuis trois et quatre ans respectivement et que la période de référence ne peut donc pas dépasser trois et quatre ans respectivement.

¹⁰ L'estimation des coûts est effectuée séparément pour chaque position tarifaire. A cet effet, les étapes suivantes sont effectuées pour chaque position tarifaire:

1) Calcul du taux de variation des quantités pendant la période de référence

La période de base dure n années, commençant à l'année 1 et se terminant à l'année n . Quantité(année 1) désigne la quantité de positions tarifaires facturées au cours de l'année 1, Quantité(année n) la quantité facturée au cours de l'année n . Le taux de variation annuel moyen est calculé selon la formule suivante:

$$\text{Taux de variation} = \left(\frac{\text{Quantité (Année } n)}{\text{Quantité (Année 1)}} \right)^{\frac{1}{(n-1)}} - 1$$

2) Quantités prévisionnelles pour l'année sous revue

La quantité prévisionnelle pour l'année de référence se calcule comme suit à partir de la quantité de positions tarifaires facturées au cours de la dernière année sous revue et du taux de variation:

$$\begin{aligned} \text{Quantité (année sous revue)} \\ = \text{Quantité (période de référence année précédente)} \times (1 + \text{Taux de variation}) \end{aligned}$$

3) Volumes prévisionnels pour l'année sous revue

Le volume prévisionnel pour l'année sous revue se calcule comme suit:

$$\text{Volume(Année sous revue)} = \text{Quantité(Année sous revue)} \times \text{Points tarifaires}$$

4) Coûts prévisionnels pour l'année sous revue

Les coûts prévisionnels pour l'année sous revue se calculent comme suit:

$$\text{Coûts(Année sous revue)} = \text{Volume(Année sous revue)} \times \text{Valeur du point tarifaire}$$

¹¹ L'algorithme décrit à l'al. 10 est appliqué à chaque position tarifaire. Les coûts totaux sont obtenus en additionnant les coûts des différentes positions tarifaires.

Exemple de quantité prévisionnelle des positions tarifaires pour l'année sous revue:

Position tarifaire	Taux de variation	Période de référence (Paramètres)			Année sous revue (Prognostic)
		2026	2027	2028	2029
Validation de sécurité médicament	2,0 %	200	195	208	212
Validation de sécurité patient	3,0 %	100	101	106	109

Tableau 2: Estimation des quantités sur l'exemple de deux positions tarifaires: la période de référence s'étend de 2026 à 2028. Le taux de variation annuel est calculé sur la base de la croissance pendant la période de référence et les quantités

prévisionnelles pour l'année de référence 2029 sont établies sur cette base. Les chiffres utilisés dans l'exemple sont choisis aléatoirement et ne servent qu'à des fins d'illustration.

¹² Le plafond de l'année sous revue est fixé sur la base de l'estimation des coûts. Le plafond correspond au coût total calculé pour l'année sous revue, avec une marge de tolérance de 2 %. La limite supérieure est considérée comme dépassée dès lors que les coûts totaux excèdent la limite supérieure. Aucune limite supérieure n'est définie pour les différentes positions tarifaires.

¹³ L'introduction d'une nouvelle position tarifaire constitue un cas particulier. Une distinction est faite entre les deux premières années suivant l'introduction, la troisième année et les années suivantes.

- Première et deuxième année: les données sur l'évolution des quantités faisant défaut, on renonce à une estimation des coûts. Par conséquent, la nouvelle position tarifaire ne contribue pas à la définition du plafond et n'est pas prise en compte dans le monitoring.
- Troisième année: la quantité de positions tarifaires facturées la deuxième année sert de base pour l'estimation des coûts. La nouvelle position tarifaire est monitorée pour la première fois.
- Quatrième année et suivantes: l'estimation des coûts et le monitoring se font comme pour toutes les autres positions tarifaires. La période de référence est toutefois raccourcie au début.

¹⁴ Au cours de l'année de rapport, le monitoring est établi au plus tard le 30 novembre pour l'année précédente. La mise en œuvre du monitoring selon la présente annexe a lieu à partir de la première année après la fin de la phase de neutralité des coûts lors du changement de modèle tarifaire selon l'art. 59c, al. 1, let. c OAMal.

Art. 7 Facteurs non influençables

¹ La majeure partie des positions tarifaires concerne des prestations déléguées que le pharmacien agréé doit obligatoirement fournir dans le cadre du traitement de l'ordonnance. Ces prestations sont ainsi automatiquement déclenchées dès qu'une ordonnance médicale est présentée à l'officine. Dans la mesure où la prescription relève exclusivement de la responsabilité du fournisseur de prestations prescripteur, le pharmacien agréé n'a aucune influence sur la nature et le nombre des prestations qui doivent effectivement être fournies. Par conséquent, le nombre de positions tarifaires facturées ne peut être ni contrôlé ni planifié à l'avance.

² Le tableau 3 ci-après recense les positions tarifaires RBP V et indique dans quelle mesure le pharmacien agréé peut influencer leur quantité.

Position tarifaire	Désignation de la prestation	Influençable par le pharmacien
3000.00	Validation de sécurité médicament (nouveau médicament / catégorie de remise A)	Non
3001.00	Validation de sécurité médicament (nouveau médicament / catégorie de remise B)	Non
3002.00	Validation de sécurité médicament (médicament existant / catégorie de remise A)	Non
3003.00	Validation de sécurité médicament (médicament existant / catégorie de remise B)	Non
3004.00	Validation de sécurité patient	Non
3005.00	Validation de sécurité patient en institution	Non
3006.00	Nouvelle saisie et actualisation données patient	Non
3007.00	Semainier (3-5 médicaments)	Non ²
3008.00	Semainier (6-8 médicaments)	
3009.00	Semainier (9 médicaments ou plus)	
3010.00	Remise fractionnée pour prise ambulatoire	Non
3011.00	Prise sous surveillance	Non
3012.00	Service de garde	Non
3013.00	Explications sur l'application	Non
3014.00	Substitution	Oui
3015.00	Mise sous blister mécanique	Non ²
3016.00	Mise sous blister mécanique pour patient en institution	Non ²
3017.00	Forfait méthadone (plus de 5 x par semaine)	Non
3018.00	Forfait méthadone (1 à 5 x par semaine)	Non
3019.00	Forfait méthadone, traitement de courte durée (plus de 5x par semaine)	Non
3020.00	Forfaits méthadone, traitement de courte durée (1 à 5 x par semaine)	Non

Tableau 3: Positions tarifaires RBP V

² Le rapport entre le semainier et la mise sous blister mécanique peut être influencé dans une certaine mesure.

³ Les positions tarifaires figurant dans le tableau 3, dont la quantité délivrée peut être influencée par le pharmacien admis, doivent être justifiées comme suit:

- 1) Substitution: la substitution d'une préparation originale ou de référence par un générique ou un biosimilaire plus avantageux est un droit du pharmacien admis, qui nécessite le consentement du patient.
- 2) Semainier ou mise sous blister mécanique: la délivrance de médicaments dans le cadre d'un semainier ou de la mise sous blister mécanique intervient sur la base d'une prescription médicale et ne relève dès lors pas du champ d'influence du pharmacien admis. Sur le plan technique (en fonction de la galénique du médicament, du traitement, du type de patient, de la durée du traitement et d'autres facteurs d'influence), le pharmacien admis dispose toutefois de la compétence de remplacer un semainier préparé manuellement par une mise sous blister mécanique moins coûteuse.

⁴ Outre les pratiques de prescription des médecins, le comportement des patients peut également avoir une incidence sur le nombre de positions tarifaires facturées. Le pharmacien admis n'a pas d'influence directe sur ce dernier. Une modification du comportement des patients peut avoir les effets suivants:

- Loyauté du patient envers sa pharmacie habituelle: celle-ci a une influence directe sur le rapport entre les positions tarifaires facturées selon l'art. 2, annexe A « Validation de sécurité médicament (nouveau) » et « Validation de sécurité patient (existant) ». En outre, elle a un impact sur la fréquence de facturation de la position tarifaire prévue à l'art. 5, annexe A « Nouvelle saisie et actualisation données patient ».
- Observance thérapeutique (adhésion thérapeutique): elle influence la fréquence et le nombre de retraits de médicaments.

Chapitre II Règles correctrices en cas d'augmentations inexplicables

Durant l'année de rapport, les coûts effectifs globaux sont comparés avec l'estimation des coûts. La procédure à suivre en fonction du dépassement ou non du plafond des coûts est décrite ci-après.

Art. 8 Coûts globaux inférieurs au plafond

La procédure prévue à l'annexe E est appliquée. Le processus est ainsi terminé.

Art. 9 Coûts globaux supérieurs au plafond (écart explicable)

Si l'écart est explicable au sens de l'art. 5, les partenaires conventionnels adoptent le rapport de surveillance avant le 30 novembre de l'année d'analyse conformément à l'annexe E. Le processus est alors terminé.

Art. 10 Coûts globaux supérieurs au plafond (écart non explicable)

¹ Si, dans le cadre de l'analyse détaillée et de la recherche des causes prévues à l'art. 7, la commission de surveillance constate des écarts dans les coûts globaux qui ne peuvent être expliqués par les facteurs d'influence listés à l'art. 5, les mesures de correction prévues à l'art. 10, chapitre III, en relation avec l'annexe E, sont appliquées.

² L'efficacité des mesures de correction est vérifiée dans le cadre de la surveillance ordinaire prévue à l'annexe E.

Chapitre III Mesures de correction

Art. 11 Principes de correction

¹ La correction intervient toujours à titre prospectif.

² La correction intervient autant que possible dans le respect du principe de causalité.

Art. 12 Mesures de correction

¹ La commission de surveillance propose des mesures de correction en fonction de la cause, sur la base du catalogue ci-dessous:

Cause	Instrument	Transfert à	Mesure prise
Structure tarifaire	Modification de la structure tarifaire	DN RBP	Éliminer les incitations inopportunes
Évolution des quantités	a) Négociations des prix b) Intervention normative	DN RBP DN RBP	Correction de l'évolution
Anomalies de facturation	a) Contrôle des factures b) Modification de la description de la position tarifaire dans la convention relative à la structure tarifaire	Assurances DN RBP	Intensifier la vérification et si nécessaire, corriger
Tarif (VPT)	Négociations tarifaires	DN RBP	Justifier l'écart

Tableau 4: Catalogue des mesures de correction

² Selon la cause et l'ampleur du problème, plusieurs mesures peuvent être proposées à titre cumulatif. Les remarques relatives aux différents instruments figurent à l'al. 3.

³ Structure tarifaire: évolutions non souhaitées qui, pour certaines positions tarifaires, entraînent une hausse inexplicable des quantités (ou, dans certaines constellations, une rémunération excessive). Les partenaires conventionnels corrigent l'incitation inopportune et négocient, dans le cadre du délai prévu à l'art. 4, une modification de la structure tarifaire. Cette modification se traduit par une demande d'approbation au Conseil fédéral. La mise en œuvre des ajustements par les pharmaciens agréés et les assureurs se fait au début de l'année suivante, sous réserve que la décision du Conseil fédéral soit rendue au plus tard le 31 octobre de l'année concernée. Dans le cas contraire, les ajustements sont appliqués au début de la seconde année suivante.

⁴ Évolution des quantités: croissance inexplicable des quantités totales (ou des positions tarifaires mieux rémunérées au détriment des positions moins bien rémunérées). En cas d'évolution inexplicable des quantités, plusieurs mesures sont envisageables:

1) Correction des tarifs ou des prix

Dans un délai de six mois, la commission de surveillance décide d'une mesure corrective à mettre en négociation pour les évolutions quantitatives inexplicables, à savoir une adaptation des tarifs ou des prix, et la soumet à la DN RBP. Celle-ci décide, dans le cadre d'une séance plénière extraordinaire telle que prévue à l'art. 3, annexe E, des éléments supplémentaires à prendre en compte dans les négociations (outre les divergences de prix et autres particularités).

2) Intervention normative

Si les prescriptions visées à l'al. 4, ch. 1, ne peuvent être satisfaites dans le délai imparti, la commission de surveillance peut proposer au pharmacien agréé une correction des positions tarifaires au moyen d'un facteur de correction. La DN RBP négocie cette correction dans le cadre d'une séance plénière extraordinaire, comme prévu à l'art. 3, annexe E.

⁵ Anomalie dans la facturation: occasionnée par une facturation erronée systématique et infondée par un pharmacien agréé. Les anomalies sont signalées aux assureurs. Le contrôle des factures par l'ensemble des assureurs permet d'éviter d'autres facturations incorrectes ou que le traitement des factures soit mis en pause. Le pharmacien admis concerné est informé par l'assureur. Si les anomalies concernent plusieurs pharmaciens admis, une modification ou une précision de la description figurant dans la présente convention relative à la structure tarifaire devra être apportée lors de la prochaine révision tarifaire ou dans le commentaire à la RBP V.

Annexe E: Convention sur la commission paritaire de surveillance

Art. 1 Buts

Afin d'assurer le suivi de l'évolution du tarif, des coûts, des quantités et des volumes ainsi que la prise de décision conformément aux annexes C et D, une commission permanente de surveillance est instituée à l'entrée en vigueur de la présente convention relative à la structure tarifaire.

Art. 2 Composition et présidence

¹ La commission paritaire de surveillance se compose de deux représentants de pharmaSuisse et de deux représentants des assureurs.

² La présidence est assumée en alternance annuelle par les partenaires contractuels prio.swiss et pharmaSuisse.

Art. 3 Séances et processus décisionnel

¹ Les représentants de pharmaSuisse disposent de deux voix et ceux des assureurs de deux voix.

² La majorité simple est nécessaire pour prendre une décision au sein de la commission de surveillance. Si les parties ne parviennent pas à s'entendre, la décision est automatiquement renvoyée à la DN RBP. Une décision doit impérativement être prise.

³ Si la commission de surveillance prend une décision, celle-ci doit immédiatement être notifiée par écrit à la DN RBP.

⁴ Si un représentant des partenaires conventionnels au sein de la DN RBP n'est pas d'accord avec la décision de la commission de surveillance, il peut s'y opposer dans les 10 jours suivant la notification écrite de la commission de surveillance. La décision de la commission de surveillance est ainsi automatiquement renvoyée à la DN RBP et traitée dans le cadre d'une séance plénière extraordinaire dans un délai de 30 jours.

⁵ En DN RBP, les représentants de pharmaSuisse disposent de deux voix et ceux des assureurs de deux voix. Une décision de la DN RBP requiert la majorité simple. En cas de situation de blocage au sein du plénum, les partenaires conventionnels désignent un expert neutre qu'ils chargent d'analyser les données de monitoring et de calculer les mesures de correction individuelles. La décision de l'expert est contraignante, sauf si les partenaires conventionnels parviennent à un autre compromis. Les partenaires conventionnels se partagent les frais de l'expert externe (50 % pharmaSuisse, 50 % prio.swiss).

⁶ Une séance de la commission de surveillance peut être convoquée à la demande de l'un des partenaires tarifaires dans un délai de 30 jours.

Art. 4 Secrétariat

¹ Le secrétariat de la commission de surveillance est assuré par le partenaire conventionnel, qui en assure la direction.

² Le secrétariat prépare les séances et tient le procès-verbal des séances ainsi que la liste des points à traiter. Le président peut déléguer ces activités, aux frais de son organisation, et faire appel à un procès-verbaliste lors des séances, après en avoir informé préalablement les membres de la commission.

Art. 5 Tâches et procédure

¹ La commission de surveillance rassemble les données pour la surveillance, est responsable du monitoring selon l'art. 59c al. 1, let. c OAMal selon l'annexe C ainsi que du monitoring selon l'art. 47c LAMal selon l'annexe D et de la mise en œuvre des règles de correction en cas d'augmentations injustifiées selon les art. 5, 6, 7 et 8 de l'annexe D.

² La préparation des données, le monitoring ainsi que les éventuelles analyses peuvent, sur décision de la commission de surveillance, être confiés à un partenaire externe. Celui-ci veille, en collaboration avec les partenaires conventionnels, au respect des délais pour la consultation et la transmission des données.

³ La commission de surveillance peut décider d'apporter des corrections. Lorsque des corrections sont nécessaires, le pharmacien admis, par l'intermédiaire de pharmaSuisse, ainsi que les communautés d'achat des assureurs ont accès aux données de base essentielles les concernant.

⁴ La commission de surveillance procède à une analyse approfondie visant à rechercher les causes jusqu'au 30 avril de l'année d'analyse et harmonise les résultats avec les facteurs non influençables conformément à l'art. 5 de l'annexe D. Elle prépare ensuite les documents, au plus tard pour le 31 mai de l'année d'analyse, à l'intention de la DN RBP. Après approbation par la DN RBP, les partenaires conventionnels adoptent le rapport au plus tard le 31 août de l'année d'analyse. La commission de surveillance peut, si nécessaire, fixer un délai adapté à la thématique concernée pour vérifier l'efficacité des mesures correctives.

⁵ La DN RBP peut confier d'autres mandats à la commission de surveillance.