



Convenzione sulla struttura tariffale RBP V

del 1° gennaio 2026

concernente

Struttura tariffale per le prestazioni dei farmacisti (art. 43 cpv. 5 LAMal)

tra le parti contraenti

a) **prio.swiss – L'associazione degli assicuratori malattia svizzeri**

Waisenhausplatz 25, 3011 Berna

prio.swiss

e

b) **Società Svizzera dei Farmacisti pharmaSuisse**

Stationsstrasse 12, 3097 Berna-Liebefeld

pharmaSuisse

Introduzione

curafutura, santésuisse e pharmaSuisse hanno concluso un accordo sulla remunerazione basata sulle prestazioni (RBP IV/1) il 1° gennaio 2016. La convenzione sulla struttura tariffale RBP IV/1 sarà sostituita dalla presente convenzione sulla struttura tariffale.

Art. 1 Struttura tariffale

Le parti contraenti concordano la struttura tariffale definita nell'allegato A per le prestazioni dei farmacisti ai sensi dell'art. 43 cpv. 5 della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). La struttura tariffale regola le prestazioni dei farmacisti ai sensi dell'art. 25 cpv. 2 lett. h LAMal in combinazione con l'art. 4a dell'Ordinanza del DFI sulle prestazioni nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Ordinanza sulle prestazioni (OPre)).

Art. 2 Campo di applicazione territoriale

La convenzione sulla struttura tariffale RBP V si applica a tutta la Svizzera.

Art. 3 Campo di applicazione materiale

¹ Il campo di applicazione materiale si estende ai seguenti prodotti dispensati o alle prestazioni fornite da un farmacista autorizzato, nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, a una persona con assicurazione malattie obbligatoria:

- a) Prodotti dell'Elenco delle specialità (ES) nelle categorie di dispensazione A e B;
- b) Prodotti ES, se non elencati alla lettera a);
- c) Preparazioni magistrali secondo la lista dei medicinali con tariffa (ALT);
- d) Analisi secondo l'elenco delle analisi (EA);
- e) Mezzi e apparecchi, al massimo entro l'importo massimo di rimborso (IMR) secondo l'elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp), compresa la tariffa Ortho Reha Svizzera (ORS) (ex tariffa dell'associazione svizzera dei tecnici ortopedici (SVOT)) e la tariffa per lavori alle scarpe d'ordine tecnico-ortopedico (tariffa OSM), se menzionate nell'EMAp;
- f) Prestazioni in conformità alla struttura tariffale applicabile (allegato A della convenzione sulla struttura tariffale);
- g) Medicamenti ai sensi degli artt. 71a, 71b e 71c dell'Ordinanza sull'assicurazione malattia (OAMal) con un'autorizzazione valida al rimborso dei costi.

² Le tariffe per la remunerazione delle prestazioni ai sensi degli artt. 2 e 3 dell'allegato A, fornite da un farmacista abilitato a una persona con assicurazione malattie obbligatoria, nonché il contributo al Fondo per la qualità e la ricerca ai sensi dell'art. 8 si applicano solo in relazione alla dispensazione di medicinali ai sensi del cpv. 1 lett. a, c e g (di seguito denominati «medicamenti soggetti a obbligo RBP»).

³ La presente convenzione si applica alla dispensazione di tutti i prodotti e servizi elencati nel cpv. 1, che vengono forniti da un farmacista personalmente o sotto la sua supervisione diretta a un determinato paziente o a un suo rappresentante.

⁴ La presente convenzione non si applica alle consegne ad altri fornitori di prestazione o centri di dispensazione ai fini della dispensazione indiretta al paziente. La presente convenzione non si applica alla vendita all'ingrosso.

Art. 4 Obiettivo generale

¹ Le parti contraenti si impegnano a promuovere la responsabilità personale nell'uso dei medicinali, a ottimizzare il rapporto costi/benefici nella prescrizione e nella dispensazione dei medicinali e a migliorare in modo sostenibile l'aderenza nell'ambito dei medicinali.

² Le parti contraenti presentano al pubblico gli obiettivi e l'attuazione della presente convenzione sulla struttura tariffale e coordinano le loro dichiarazioni al riguardo, per quanto possibile in anticipo, nell'interesse di un'informazione aperta e coerente. Le parti contraenti utilizzano a tal fine, per quanto possibile, i mezzi di comunicazione a loro disposizione. A tal fine, si atterranno alle disposizioni della Legge federale contro la concorrenza sleale (LCSI).

Art. 5 Accordo sullo sviluppo della qualità

Le parti contraenti si impegnano a regolamentare i requisiti di qualità previsti dalla legge ai sensi dell'art. 58a LAMal, dell'art. 77 OAMal e ad attuarli di conseguenza. La regolamentazione dettagliata dello sviluppo della qualità è definita in un contratto di qualità separato.

Art. 6 Accordo sul monitoraggio dell'evoluzione dei costi e delle quantità

Le parti contraenti si impegnano a regolamentare i requisiti legali ai sensi dell'art. 47c LAMal e a rispettare l'accordo sul monitoraggio dell'evoluzione delle quantità e dei costi, nonché le relative misure correttive conformemente all'allegato D.

Art. 7 Accordo sulla commissione paritetica di monitoraggio

Le parti contraenti istituiscono una commissione paritetica di monitoraggio, la cui composizione e i cui compiti e modalità operative sono disciplinati nell'allegato E.

Art. 8 Fondo per la qualità e la ricerca

¹ Le parti contraenti gestiscono un Fondo per la qualità e la ricerca e istituiscono una commissione amministrativa del fondo (CAF). L'utilizzo delle risorse del Fondo, i compiti della CAF nell'elaborazione delle richieste di finanziamento e l'amministrazione delle risorse finanziarie da parte di un organismo indipendente sono disciplinati in dettaglio nell'allegato B.

² I farmacisti autorizzati versano un contributo al Fondo per la qualità e la ricerca, pari allo 0,2 percento della quota di distribuzione (IVA esclusa). Si applica il regolamento del Fondo per la qualità e la ricerca RBP V secondo l'allegato B.

³ Se al 30 giugno dell'anno civile in corso il saldo del Fondo supera i 4 milioni di franchi, a partire dal successivo 1° gennaio e fino a nuovo avviso il fondo non sarà più alimentato, e il contributo sarà concesso agli assicuratori sotto forma di sconto. Se al 30 giugno dell'anno civile in corso il saldo del Fondo scende al di sotto di 2 milioni di franchi, il farmacista autorizzato riprenderà a versare il contributo conformemente al cpv. 2 a partire dal successivo 1° gennaio, oppure secondo quanto concordato dalle parti contraenti con la CAF. La CAF accerta il saldo del Fondo e informa in merito all'alimentazione del medesimo. L'importo del contributo non può essere modificato dalla CAF.

⁴ L'inizio dell'alimentazione del Fondo avverrà soltanto dopo l'entrata in vigore di un contratto sulla qualità approvato dal Consiglio federale ai sensi dell'art. 5. Ciò vale indipendentemente dal fatto che nel frattempo il saldo del Fondo sia sceso sotto il limite di 2 milioni di franchi definito al cpv. 3.

Art. 9 Componenti della convenzione

I seguenti allegati costituiscono parte integrante della presente convenzione sulla struttura tariffale:

- Allegato A: Struttura tariffale
- Allegato B: Regolamento del Fondo per la qualità e la ricerca della RBP V
- Allegato C: Monitoraggio ai sensi dell'art. 59c cpv. 1 lett. c OAMal
- Allegato D: Monitoraggio ai sensi dell'art. 47c LAMal
- Allegato E: Accordo sulla commissione paritetica di monitoraggio

Art. 10 Riservatezza

¹ Le parti contraenti si impegnano a trattare come riservati in particolare i dati aggregati e anonimizzati messi a disposizione nell'ambito del monitoraggio secondo gli allegati C e D. Inoltre, si impegnano a non trasmettere tali dati a terzi finché non sussistano le condizioni legali necessarie per farlo. Tale obbligo si applica a tutti i membri interessati delle parti contraenti, nonché alle altre persone (giuridiche e fisiche) che sono a conoscenza di tali dati o che ne verranno a conoscenza in seguito a una futura adesione; esse devono essere vincolate di conseguenza.

² Il farmacista autorizzato dichiara di accettare che i dati aggregati e anonimizzati da lui messi a disposizione nell'ambito del monitoraggio secondo gli allegati C e D possano essere ulteriormente utilizzati dalle parti contraenti.

³ Le parti contraenti, ovvero i loro membri, nonché tutte le persone in possesso di tali dati, si impegnano ad adottare misure adeguate di tipo personale, organizzativo e tecnico per garantire il rispetto delle disposizioni legali in materia di protezione dei dati e assicurare la sicurezza dei dati stessi (crittografia, anonimizzazione ecc.).

Art. 11 Riserva della forma scritta

Tutte le modifiche e integrazioni alla presente convenzione o ai suoi allegati devono avvenire per iscritto ed essere firmate in modo giuridicamente vincolante dalle parti contraenti. Qualora una modifica rientri nell'ambito di una verifica ai sensi dell'46 cpv. 4 LAMal, essa rimane soggetta all'approvazione costitutiva del Consiglio federale.

Art. 12 Clausola salvatoria

Nel caso in cui una o più disposizioni della presente convenzione siano o diventino inefficaci, invalide o nulle, la validità del resto della convenzione non sarà pregiudicata. Le disposizioni inefficaci, invalide o nulle devono essere sostituite con disposizioni che si avvicinino il più possibile, per contenuto e finalità economica, alla volontà originaria delle parti. Qualora una modifica rientri nell'ambito di una verifica ai sensi dell'46 cpv. 4 LAMal, essa rimane soggetta all'approvazione costitutiva del Consiglio federale.

Art. 13 Entrata in vigore, durata e disdetta

¹ La struttura tariffale entra in vigore, subordinatamente all'approvazione da parte del Consiglio federale ai sensi dell'art. 46 cpv. 4 LAMal, il 1° gennaio 2026 e sostituisce senza soluzione di continuità la struttura tariffale RBP IV/1.

² La struttura tariffale è concordata per una durata di tre anni a partire dalla sua entrata in vigore. Le parti contraenti si impegnano a condurre uno studio per l'aggiornamento del modello tariffale basato sulle prestazioni per le prestazioni dei farmacisti, comprese quelle fornite tramite il canale di spedizione. La versione riveduta della struttura tariffale sarà sottoposta all'approvazione del Consiglio federale al più tardi entro la metà del terzo anno successivo all'entrata in vigore della RBP V. Inoltre, vengono raccolti dati che consentono di migliorare il modello dei costi delle farmacie (comprese quelle che effettuano la dispensazione tramite il canale di spedizione), in particolare per quanto riguarda la produttività. Tali adeguamenti saranno riportati nella versione riveduta del tariffario RBP.

³ La convenzione sulla struttura tariffale, compresi tutti gli allegati, può essere disdetta da una delle parti contraenti con un periodo di preavviso di sei mesi per la fine di un anno civile, per la prima volta con effetto al 31 dicembre 2027. Si applica il principio dell'accesso. Dopo l'avvenuta disdetta da parte di una delle parti, le parti contraenti si impegnano ad avviare immediatamente nuove trattative. Qualora non si giunga a un accordo entro il termine di disdetta, la presente convenzione sulla struttura tariffale rimane in vigore per un ulteriore anno alla volta, fino alla conclusione di una nuova convenzione. La disdetta deve essere notificata per iscritto all'altra parte contraente e il Consiglio federale deve esserne informato in modo adeguato.

⁴ In caso di disdetta della convenzione sulla struttura tariffale o qualora essa non venga prorogata dopo il termine di validità triennale, tutte le convenzioni tariffali ad essa connesse decadono. Le parti contraenti sono tenute a garantire un adeguato flusso informativo.

Art. 14 Disposizioni finali

¹ La presente convenzione sulla struttura tariffale viene redatta e firmata in triplice copia. Un esemplare è destinato al Consiglio federale e uno ciascuno alle parti contraenti.

² La presente convenzione sulla struttura tariffale, comprensiva degli allegati, è tradotta in francese e in italiano. In caso di controversie, fa unicamente fede il testo della convenzione in lingua tedesca.

³ Le parti contraenti si assumono la responsabilità della procedura di approvazione presso il Consiglio federale e procedono a un'audizione delle organizzazioni dei pazienti ai sensi dell'art. 43 cpv. 4 LAMal.

⁴ Le parti contraenti non costituiscono, in base alla presente convenzione sulla struttura tariffale, una società semplice.

Berna-Liebefeld, il

Società Svizzera dei Farmacisti pharmaSuisse

Martine Ruggli
Presidente

Sven Leisi
Segretario Generale

Berna, il

prio.swiss

Felix Gutzwiller
Presidente

Saskia Schenker
Direttrice

Allegato A: Struttura tariffale

Art. 1 Panoramica delle prestazioni

Le prestazioni farmaceutiche fornite dai farmacisti autorizzati ai sensi dell'art. 4a cpv. 1 lett. a, b, c e d OPre, nell'ambito della LAMal, sono remunerate mediante le seguenti posizioni tariffali. Le prestazioni sono descritte in dettaglio nei seguenti articoli da 2 a 13.

Numero tariffale	Tipo di prestazione	Punti tariffali (PT)	Tipo di tariffa
3000.00	Convalida della sicurezza del medicamento (nuovo medicamento / categoria di dispensazione A)	3.63	570
3001.00	Convalida della sicurezza del medicamento (nuovo medicamento / categoria di dispensazione B)	2.83	570
3002.00	Convalida della sicurezza del medicamento (medicamento esistente / categoria di dispensazione A)	2.97	570
3003.00	Convalida della sicurezza del medicamento (medicamento esistente / categoria di dispensazione B)	1.44	570
3004.00	Validazione della sicurezza paziente	2.75	570
3005.00	Validazione della sicurezza paziente in istituzione	0.21	570
3006.00	Nuovo inserimento e aggiornamento dei dati del paziente	0.79	570
3007.00	Sistema di dosaggio settimanale (3 - 5 medicinali)	6.56	570
3008.00	Sistema di dosaggio settimanale (6 - 8 medicinali)	10.94	570
3009.00	Sistema di dosaggio settimanale (9 e più medicinali)	15.21	570
3010.00	Dispensazione di una confezione frazionata per uso ambulatoriale	3.75	570
3011.00	Somministrazione supervisionata	7.50	570
3012.00	Servizio di emergenza	12.00	570
3013.00	Spiegazione dell'applicazione	2.70	570
3014.00	Sostituzione	Cfr. art. 11	570
3015.00	Confezionamento meccanico in blister	1.05	570
3016.00	Confezionamento meccanico in blister paziente in istituzione	1.05	570
3017.00	Forfait di metadone (più di 5 volte a settimana)	216.03	570
3018.00	Forfait di metadone (da 1 a 5 volte a settimana)	135.89	570
3019.00	Forfait di metadone, trattamento di breve durata (più di 5 volte a settimana)	111.50	570
3020.00	Forfait di metadone, trattamento di breve durata (da 1 a 5 volte a settimana)	69.69	570

Art. 2 Convalida della sicurezza del medicamento

¹ La posizione tariffale viene addebitata in base alla categoria di dispensazione Swissmedic del medicamento dispensato ed è suddivisa in quattro prestazioni. Si distingue tra un medicamento nuovo o esistente e se appartiene alla categoria di dispensazione A o B di Swissmedic:

- **Convalida della sicurezza del medicamento (nuovo medicamento / categoria di dispensazione A) (3.63 PT)** - Nuovo medicamento della categoria di dispensazione Swissmedic A
- **Convalida della sicurezza del medicamento (nuovo medicamento / categoria di dispensazione B) (2.83 PT)** - Nuovo medicamento della categoria di dispensazione Swissmedic B
- **Convalida della sicurezza del medicamento (medicamento esistente / categoria di dispensazione A) (2.97 PT)** - Medicamento esistente della categoria di dispensazione Swissmedic A
- **Convalida della sicurezza del medicamento (medicamento esistente / categoria di dispensazione B) (1.44 PT)** - Medicamento esistente della categoria di dispensazione Swissmedic B

² Un nuovo medicamento è considerato tale se contiene un principio attivo a livello ATC 5 che il paziente, secondo lo storico nella cartella del paziente presso la farmacia dove viene riscattata la ricetta, non ha ricevuto nei 365 giorni precedenti.

³ Le seguenti prestazioni di base sono compensate in modo forfettario tramite la Convalida della sicurezza del medicamento:

- Verifica della ricetta
- Ripetizione: Verifica dell'ammissibilità
- Verifica del dosaggio previsto e di eventuali limitazioni relative a quantità e punteggio presenti nella ricetta
- Controllo delle interazioni tra i medicinali prescritti nella stessa ricetta
- Controllo dei fattori di rischio e delle controindicazioni noti al farmacista
- Presa di contatto con il fornitore di prestazioni che ha effettuato la prescrizione, se necessario dal punto di vista medico o se richiesto dal paziente
- Controllo di un possibile abuso in relazione ai medicinali presenti nella ricetta
- Consulenza al paziente:
 - In particolare, è necessario chiarire se sono noti il dosaggio, la durata della terapia e i momenti di assunzione ottimali; comunicazione del dosaggio prescritto in forma scritta
 - Istruzioni per l'uso: Verificare le esigenze del paziente e fornire istruzioni adeguate al momento dell'acquisto
 - Informazioni sulla durata del trattamento con chiarimenti
 - Riferimento alle istruzioni per l'uso e la conservazione
 - Informare il paziente sui potenziali effetti collaterali possibili o attesi
 - Chiarimento del bisogno di informazioni del paziente
- Scelta economicamente ottimale della confezione adattata alle prescrizioni di dosaggio
- Fornitura al paziente in base all'urgenza, modifica della prescrizione nei casi urgenti

⁴ La convalida della sicurezza del medicamento viene addebitata per ogni riga di ricetta e può essere fatturata una sola volta per ciascun medicamento. Per riga si intende la posizione di fatturazione indicata per ogni medicamento, dimensione della confezione e forza del dosaggio all'interno di una fattura per data di dispensazione. Se il giorno dell'acquisto non sono presenti in magazzino confezioni sufficienti e le confezioni rimanenti vengono quindi dispensate successivamente, la prestazione può essere fatturata una sola volta.

⁵ In base al campo di applicazione materiale (art. 3 cpv. 1 e 2 della convenzione sulla struttura tariffale), la fatturazione della convalida della sicurezza del medicamento è consentita anche per la dispensazione di preparazioni magistrali secondo ALT. Poiché per questi prodotti non è possibile effettuare una distinzione

chiara della convalida della sicurezza del medicamento in base alla categoria di dispensazione Swissmedic e all'acquisto, nella fatturazione della convalida della sicurezza del medicamento viene sempre addebitata la prestazione «Convalida della sicurezza del medicamento (Medicamento esistente / categoria di dispensazione B)».

⁶ Conformemente al campo di applicazione materiale (art. 3 cpv. 1 e 2 della convenzione sulla struttura tariffale), la convalida della sicurezza del medicamento può essere fatturata anche per la dispensazione di medicinali ai sensi degli art. 71b e 71c OAMal, purché accompagnata da una garanzia di assunzione dei costi valida. Poiché per questi medicinali non è possibile suddividere la convalida della sicurezza del medicamento in base alla categoria di dispensazione Swissmedic, la categoria di dispensazione Swissmedic A viene sempre addebitata quando viene fatturata la convalida della sicurezza del medicamento. Questi medicinali sono classificati come «nuovi» o «esistenti» in conformità al cpv. 2.

Art. 3 Validazione della sicurezza paziente (2.75 PT)

¹ Le seguenti prestazioni di base sono compensate in modo forfettario tramite la Validazione della sicurezza paziente:

- Gestione della cartella del paziente
- Storico della terapia farmacologica
- Controllo dei medicinali per cumulo in base alle conoscenze disponibili sulla situazione clinica del paziente e tenendo conto dell'automedicazione
- Controllo delle interazioni all'interno del dossier farmaceutico
- Verifica di eventuali limitazioni di quantità e punti all'interno della cartella del paziente
- Controllo degli abusi all'interno della cartella del paziente

² La validazione della sicurezza paziente viene fatturata in particolare per la gestione della cartella del paziente e la sua interpretazione. Può essere addebitata una sola volta per paziente, per giorno e per fornitore di prestazioni che ha effettuato la prescrizione. In caso di diversi acquisti nello stesso giorno basati su ricette rilasciate dallo stesso fornitore di prestazioni, la validazione della sicurezza paziente viene fatturata una sola volta. Se il giorno dell'acquisto non sono presenti in magazzino confezioni sufficienti e le confezioni rimanenti vengono quindi dispensate successivamente, la prestazione può essere fatturata una sola volta.

Art. 4 Validazione della sicurezza paziente in istituzione (0.21 PT)

¹ Per questa posizione tariffale, l'acquisto e la convalida della ricetta avvengono senza contatto diretto con il paziente e la dispensazione è effettuata a un fornitore di prestazioni all'interno di una struttura assistenziale, il quale si occupa della preparazione e somministrazione corretta del medicamento.

² Nel caso della convalida della ricetta per un paziente seguito da un altro fornitore di prestazioni all'interno di una struttura assistenziale, la prestazione viene fatturata una sola volta al giorno, per paziente e per fornitore di prestazioni che ha effettuato la prescrizione, in sostituzione della validazione della sicurezza paziente ai sensi dell'art. 3. La convalida della sicurezza del medicamento deve essere fatturata conformemente all'art. 2.

³ Le case di cura sono considerate strutture assistenziali.

Art. 5 Nuovo inserimento e aggiornamento dei dati del paziente (0.79 PT)

¹ La prestazione copre il costo della creazione e dell'aggiornamento della cartella di un nuovo paziente.

² I dati di un paziente sono considerati nuovi o da aggiornare se, secondo la cronologia nella cartella del paziente presso la farmacia in cui il paziente riscatta la ricetta, negli ultimi 365 giorni non ha acquistato alcun medicamento soggetto all'obbligo RBP ai sensi del campo di applicazione materiale di cui all'art. 3 cpv. 2 della convenzione sulla struttura tariffale.

Art. 6 Sistema di dosaggio settimanale

¹ Questa posizione tariffale può essere applicata al massimo una volta alla settimana in una farmacia per pazienti ai quali è stato prescritto un sistema di dosaggio settimanale dal medico e che devono assumere almeno tre diversi medicinali contemporaneamente nella stessa settimana.

² Nel sistema di dosaggio settimanale, si distinguono tre voci tariffali, a seconda del numero di medicinali inseriti nel sistema di dosaggio settimanale:

- **Sistema di dosaggio settimanale (3 - 5 medicinali) (6.56 PT)**
- **Sistema di dosaggio settimanale (6 - 8 medicinali) (10.94 PT)**
- **Sistema di dosaggio settimanale (9 e più medicinali) (15.21 PT)**

³ La convalida della sicurezza del medicamento di cui all'art. 2 può essere fatturata solo una volta per confezione originale. La validazione della sicurezza paziente ai sensi dell'art. 3 o la validazione della sicurezza paziente in istituzione ai sensi dell'art. 4 (solo nei casi eccezionali giustificati ai sensi dei cpv. 4 e 5) può essere fatturata al massimo una volta alla settimana insieme al sistema di dosaggio settimanale.

⁴ I costi del sistema di dosaggio settimanale per la dispensazione dei medicinali agli assicurati che li assumono sotto la supervisione di un altro fornitore di prestazioni sono coperti solo in singoli casi giustificati.

⁵ I singoli casi giustificati sono brevi terapie con antibiotici, citostatici, compresse fondenti, compresse fotosensibili, nonché cambiamenti a breve termine e la fase di adattamento di una nuova terapia.

Art. 7 Dispensazione di una confezione frazionata per uso ambulatoriale (3.75 PT)

¹ Il controllo della dispensazione di una confezione frazionata per uso ambulatoriale deve essere esplicitamente prescritto dal fornitore di prestazioni che effettua la prescrizione sulla ricetta.

² La posizione tariffale copre le spese aggiuntive sostenute dal farmacista autorizzato di una farmacia ai sensi dell'art. 4a cpv. 1 lett. d OPre per le cure prescritte dal medico ogni volta che vengono acquistate una o più confezioni frazionate prescritte dal medico per uso ambulatoriale, fino a un massimo di una volta al giorno e per fornitore di prestazioni che effettua la prescrizione. La fatturazione avviene per singolo acquisto. Se durante un acquisto vengono consegnate più confezioni dello stesso medicamento, la prestazione deve essere fatturata una sola volta. L'orario della dispensazione deve essere documentato.

³ La convalida della sicurezza del medicamento di cui all'art. 2 allegato A può essere fatturata solo una volta per confezione originale. La validazione della sicurezza paziente di cui all'art. 3 deve essere fatturata non più di una volta alla settimana con la dispensazione di una confezione frazionata per uso ambulatoriale.

⁴ La remunerazione per l'assistenza nell'assunzione della soluzione di metadone è regolata separatamente nell'art. 13 e non corrisponde alla dispensazione di una confezione frazionata per uso ambulatoriale.

Art. 8 Somministrazione supervisionata (7.50 PT)

¹ La somministrazione supervisionata di un medicamento in farmacia deve essere esplicitamente prescritta dal fornitore di prestazioni che effettua la prescrizione sulla ricetta.

² La posizione tariffale copre le spese aggiuntive sostenute dal farmacista autorizzato di una farmacia ai sensi dell'art. 4a cpv. 1 lett. d OPre per la supervisione prescritta dal medico in caso di assunzione di uno o più medicinali in farmacia.

³ Nella somministrazione supervisionata, non si fa distinzione sul numero di medicinali da assumere sotto controllo.

⁴ La convalida della sicurezza del medicamento di cui all'art. 2 può essere fatturata solo una volta per confezione originale. La validazione della sicurezza paziente di cui all'art. 3 deve essere fatturata non più di una volta alla settimana con la somministrazione supervisionata.

⁵ La remunerazione per l'assistenza nell'assunzione della soluzione di metadone è regolata separatamente nell'art. 13. Per tutti i medicinali che vengono assunti contemporaneamente alla soluzione di metadone sotto supervisione, la prestazione per la somministrazione supervisionata è già coperta dal forfait di metadone ai sensi dell'art. 13.

Art. 9 Servizio di emergenza (12.00 PT)

¹ Oltre a tutte le altre prestazioni RBP fornite, questa posizione tariffale copre le spese aggiuntive sostenute sulla base di una prescrizione medica durante il servizio di emergenza al di fuori dei normali orari di apertura della farmacia che fornisce il servizio di emergenza.

² Nel caso di farmacie che forniscono servizi di emergenza con esercizio 24 ore su 24 o notturno, il servizio viene compensato se viene fornito al di fuori del normale orario di apertura locale del commercio al dettaglio.

³ Si applicano le seguenti condizioni:

- a. Il medicamento deve essere immediatamente disponibile per il trattamento di un'emergenza e deve essere ottenuto da una farmacia che fornisce ufficialmente un servizio di emergenza al di fuori dei normali orari di apertura.
- b. Il momento dell'acquisto deve essere annotato sulla ricetta dal farmacista o documentato in modo adeguato.
- c. Questo supplemento può essere fatturato solo una volta per ogni acquisto in caso di emergenza.

Art. 10 Spiegazione dell'applicazione (2.70 PT)

1 La posizione tariffale copre tutte le spese aggiuntive sostenute per istruire il paziente sui medicinali prescritti. Le convalide della sicurezza non sono considerate spese aggiuntive e vengono rimborsate ai sensi degli artt. 2 e 3.

² I seguenti medicinali, che richiedono istruzioni speciali e generano un lavoro aggiuntivo significativo attraverso la dimostrazione, l'illustrazione o la presentazione, sono coperti in una farmacia da questa posizione tariffale:

Antiasmatici

- Simpaticomimetici e parasimpaticolitici per inalazione (Index Therapeuticus (IT) 03.04.30.)
- Corticosteroidi per inalazione (IT 03.04.40.)

Iniezioni

- Tutte le iniezioni da somministrare dal paziente stesso

Applicazioni topiche

- Imiquimod (ATC D06BB10)
- Tacrolimus (ATC D11AH01)
- Pimecrolimus (ATC D11AH02)
- Fluorouracile (ATC D11AF e L01BC02)
- Fluorouracile, combinazioni (ATC D11AF e L01BC52)

³ La prestazione può essere fatturata solo quando il medicamento da istruire viene acquistato per la prima volta.

Art. 11 Sostituzione

¹ Questa posizione tariffale copre su base forfettaria le seguenti prestazioni del farmacista autorizzato in relazione alla sostituzione dei preparati originali con i loro generici e dei preparati di riferimento con i loro biosimilari:

- Suggerimento di un medicamento generico o biosimilare e ottenimento del consenso del paziente
- Selezione del medicamento generico o del biosimilare adatto al paziente
- Nota di sostituzione sulla ricetta
- Documentazione della sostituzione nella cartella del paziente
- Informazioni per il fornitore di prestazioni che effettua la prescrizione
- Documentazione della sostituzione in fattura

² La differenza di prezzo secondo ES (prezzo al dettaglio) tra il medicamento prescritto dal medico e il medicamento dispensato e sostituito è determinante per la fatturazione di questa prestazione. In questo caso, il farmacista elenca una posizione «Quota di risparmio» e quindi fattura la differenza di prezzo. Il farmacista riceve il 40 per cento della differenza di prezzo, mentre il 60 per cento rimane all'assicuratore.

³ Il farmacista può richiedere una «quota di risparmio» massima di CHF 40.-, IVA esclusa.

⁴ In caso di prescrizione di una confezione grande per l'inizio di una terapia a lungo termine, il farmacista inizierà la terapia con una confezione piccola, secondo le regole della «buona pratica di dispensazione». In caso di sostituzione, il farmacista può addebitare la posizione tariffale «Quota di risparmio» solo sulla sostituzione della prima confezione grande dispensata.

⁵ La sostituzione è rimborsata solo per la prima sostituzione, non più per le ripetizioni o le ulteriori dispensazioni del medicamento.

⁶ La posizione tariffale «sostituzione» non può essere fatturata se il fornitore di prestazioni che effettua la prescrizione indica il principio attivo o delega espressamente la sostituzione al farmacista (nota «aut idem» o «aut genericum»).

Art. 12 Confezionamento meccanico in blister

¹ La prestazione può essere fatturata per il confezionamento di blister prescritti dal medico per i pazienti che ricevono almeno tre medicinali diversi contemporaneamente.

² Per paziente e giorno possono essere fatturati 1.05 PT per il confezionamento meccanico in blister. Se si raggiungono 15 milioni di giorni-paziente all'anno, la tariffa viene ridotta di 0.07 PT. Ogni volta che il volume aumenta di altri 5 milioni di giorni-paziente, la tariffa viene nuovamente ridotta di 0.07 PT. Questo regolamento è limitato a tre anni dall'entrata in vigore della struttura tariffale e la corretta attuazione è garantita dalla commissione di monitoraggio ai sensi dell'allegato E. Se si raggiunge una tariffa di 0.91 PT prima della fine dei tre anni, le parti contraenti devono rinegoziare.

³ Questa posizione tariffale comprende anche il confezionamento in blister supportato da macchine (tipo film rigido/cartone), quando il confezionamento in blister non è puramente manuale ma parzialmente supportato da tecnologie informatiche.

⁴ Le parti contraenti si impegnano ad avviare negoziati per il proseguimento o l'adeguamento del confezionamento meccanico in blister due anni dopo l'entrata in vigore della struttura tariffale.

⁵ La convalida della sicurezza del medicamento di cui all'art. 2 può essere fatturata una volta ogni 90 giorni per ogni medicamento in blister. La validazione della sicurezza paziente ai sensi dell'art. 3 o la validazione della sicurezza paziente in istituzione ai sensi dell'art. 4 può essere fatturata al massimo una volta alla settimana insieme al confezionamento meccanico in blister.

⁶ I medicinali in blister vengono fatturati come singole compresse. Il prezzo della singola compressa viene calcolato sulla base della confezione originale più grande presente nell'ES, destinata alla dispensazione al paziente (escluse le confezioni ospedaliere).

⁷ In caso di confezionamento meccanico in blister, il sistema di dosaggio settimanale ai sensi dell'art. 6 non può essere fatturato.

⁸ La posizione tariffale è applicabile sia per la dispensazione da parte della farmacia che per la dispensazione di blister da parte di questa alle persone assicurate che assumono i medicinali sotto la supervisione di un altro fornitore di prestazioni all'interno di un'istituzione assistenziale.

Art. 13 Forfait di metadone (esclusi i medicinali finiti)

¹ In caso di terapia sostitutiva con soluzione di metadone prescritta dal medico, le prestazioni del farmacista autorizzato in una farmacia, compresa l'assistenza, sono remunerate in base alle seguenti tariffe mensili:

Prestazione	Remunerazione
Il supporto per la terapia sostitutiva con soluzione di metadone viene prescritto da un medico più di 5 volte alla settimana	216.03 PT
Il supporto per la terapia sostitutiva con soluzione di metadone viene prescritto dal medico da 1 a 5 volte alla settimana.	135.89 PT

² Per i trattamenti brevi si applicano le seguenti tariffe:

Prestazione	Remunerazione
Forfait di metadone, trattamento di breve durata: il supporto viene fornito più di 5 volte alla settimana, per una durata da 1 a 15 giorni.	111.50 PT
Forfait di metadone, trattamento di breve durata: il supporto viene fornito da 1 a 5 volte alla settimana, per una durata da 1 a 15 giorni.	69.69 PT

³ Le suddette posizioni tariffali comprendono tutti i prodotti forniti e le prestazioni rese dal farmacista autorizzato in relazione alla supervisione prescritta dal medico per l'assunzione della soluzione di metadone (in particolare la soluzione madre, la somministrazione supervisionata di altri medicinali assunti contemporaneamente alla soluzione di metadone sotto controllo, i mezzi e gli articoli utilizzati, le prestazioni fornite dal farmacista, l'imposta sugli stupefacenti secondo EMT ecc.). Può essere addebitata solo una volta al mese per paziente. Questa norma di fatturazione non si applica ai trattamenti di breve durata.

⁴ Per i forfait di metadone e i forfait di metadone, trattamento di breve durata, si applicano, ai fini della fatturazione, 30 giorni per il cpv. 1 e 15 giorni per il cpv. 3 a partire dal primo ritiro.

Allegato B: Regolamento del Fondo per la qualità e la ricerca della RBP V

Art. 1 Informazioni generali

Il presente regolamento si basa sull'art. 8 della convenzione sulla struttura tariffale e disciplina i doveri e i diritti delle parti contraenti.

Art. 2 Utilizzo del Fondo per la qualità e la ricerca

¹ Il Fondo viene utilizzato per finanziare lo sviluppo della qualità ai sensi dell'art. 58a LAMal, per progetti volti a migliorare l'assistenza ai pazienti nonché la qualità, la sicurezza e l'economicità delle terapie farmacologiche. È inoltre destinato a finanziare studi e progetti di ricerca che perseguono gli stessi scopi.

² Il Fondo viene utilizzato in particolare per finanziare

- Progetti per lo sviluppo di misure nell'ambito dell'art. 58a LAMal
- Sperimentazioni pilota per valutare nuove prestazioni farmaceutiche o nuove forme di collaborazione interprofessionale
- Studi economici e scientifici nel settore farmaceutico finalizzati al miglioramento dell'assistenza ai pazienti nonché della qualità, sicurezza ed economicità delle terapie farmacologiche
- Studi (clinici), studi sull'assistenza, studi di de-escalation dei medicinali, volti, tra l'altro, all'ottimizzazione della durata e della frequenza di somministrazione e alla riduzione di effetti collaterali e reazioni avverse ai medicinali
- Prestazioni fornite nell'interesse generale che non possono essere addebitate ai pazienti
- Studi per la verifica o l'assicurazione della qualità nel campo della formazione di base e continua.

Art. 3 Gestione del Fondo per la qualità e la ricerca

¹ La Commissione amministrativa del Fondo (CAF) è composta da quattro membri per parte, sia per gli assicuratori sia per i farmacisti. I rappresentanti degli assicuratori e dei farmacisti dispongono di quattro voti ciascuno, indipendentemente dal numero di rappresentanti presenti. Per questi otto voti si applica la maggioranza semplice. I costi della CAF, compresi i verbali delle riunioni, sono a carico dei membri stessi.

² La CAF dà priorità al finanziamento delle misure di sviluppo della qualità ai sensi dell'art. 58a LAMal. Tutte le misure di sviluppo della qualità sono definite nel contratto di qualità ai sensi dell'articolo 58a LAMal. Oltre a finanziare le misure di sviluppo della qualità e i contributi finanziari per studi e progetti, la CAF garantisce la disponibilità di fondi sufficienti per la gestione della segreteria della CAF.

³ La selezione degli studi e dei progetti finanziati dal Fondo è delegata alla CAF.

⁴ Le richieste di finanziamento devono essere presentate esclusivamente tramite una parte contraente. I documenti presentati vengono inviati immediatamente a tutti i membri della CAF per la verifica attraverso una segreteria definita dalle parti contraenti (art. 3 cpv. 8). Nella prima fase, i membri della CAF devono valutare se la domanda soddisfa i criteri e se l'eventuale finanziamento (sostegno) è possibile in linea di principio (decisione formale), secondo il processo stabilito nel cpv. 5. Entro 14 giorni, tramite la segreteria e secondo il processo (vedi figura 1), viene fornito al richiedente un primo riscontro in merito alla decisione formale.

⁵ Il processo decisionale è organizzato come segue:

In caso di esito positivo della decisione formale della richiesta di finanziamento, i membri della CAF esaminano nel dettaglio la domanda pervenuta e adottano, secondo il processo (figura 1), una decisione entro un massimo di 30 o 60 giorni, che viene comunicata al richiedente entro lo stesso termine. La decisione può essere adottata durante una riunione oppure tramite decisione per circolazione degli atti e viene documentata, con i relativi elementi di base, utilizzando un modulo standardizzato. Se sono necessarie ulteriori domande o documenti aggiuntivi per prendere una decisione, questi saranno valutati entro un ulteriore termine massimo di 30 giorni dal ricevimento dei documenti e delle risposte richieste. Sono possibili ulteriori domande se riguardano le informazioni aggiuntive già richieste. Queste devono essere valutate secondo il processo (figura 1) entro 15 giorni dal ricevimento.

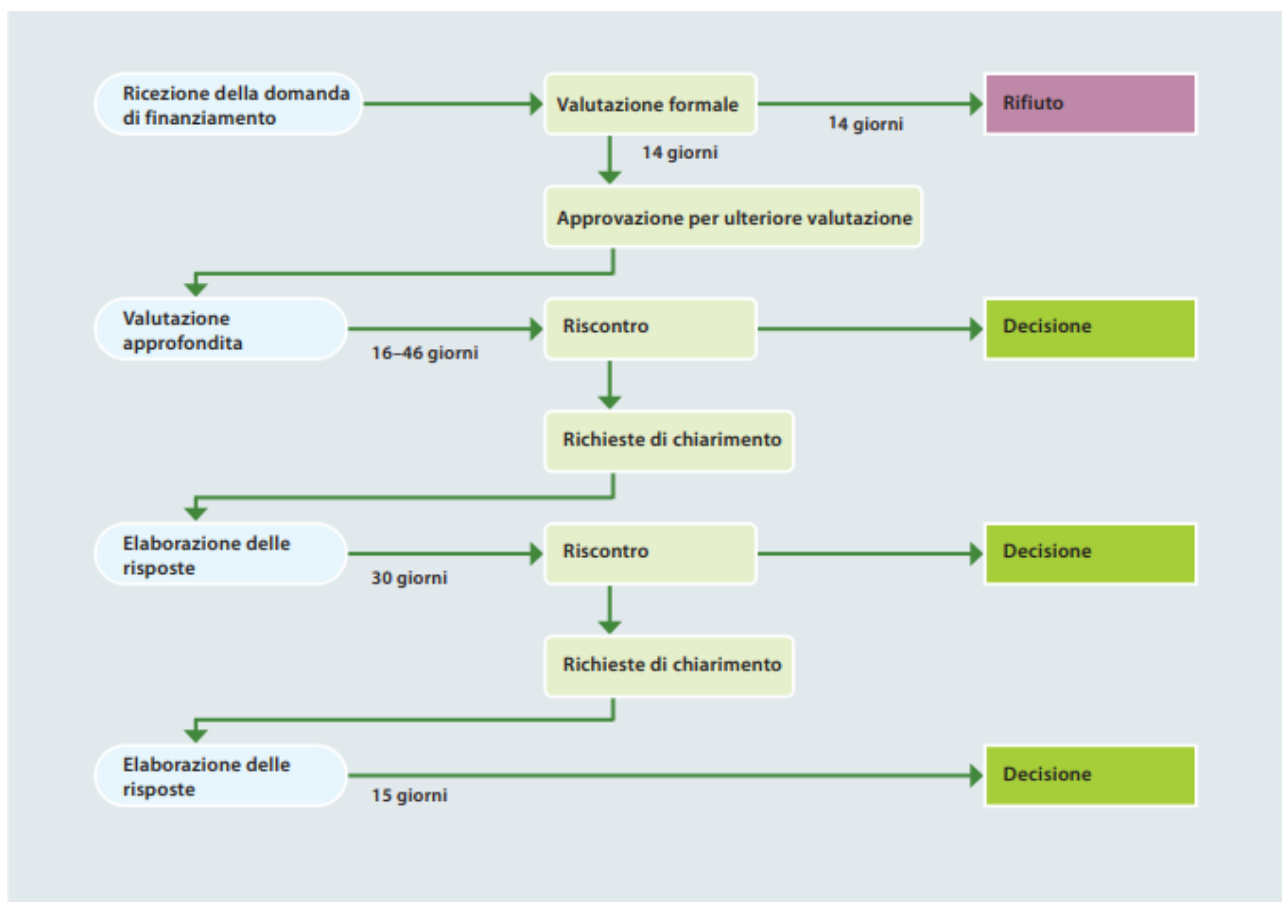


Figura 1: Processo decisionale

⁶ Se all'interno della CAF non si giunge a una decisione o non possono essere rispettati i termini definiti nel processo, la CAF, su richiesta di almeno due membri della commissione, richiederà una valutazione e una decisione corrispondente dall'istanza superiore nell'ambito di una riunione plenaria, ossia dalla delegazione negoziale RBP (VHD RBP). La VHD RBP è composta da rappresentanti di tutte le parti contraenti. Nella VHD RBP, i rappresentanti di pharmaSuisse dispongono di due voti e quelli degli assicuratori di due voti. Per prendere una decisione in seno alla VHD RBP è necessaria la maggioranza semplice. La presa di decisione è obbligatoria.

⁷ Il patrimonio del Fondo è gestito da un fornitore di servizi esterno e indipendente, nominato congiuntamente, che tiene la relativa contabilità. I costi amministrativi, i costi di riscossione e i relativi debiti IVA nei confronti dell'Amministrazione federale delle contribuzioni sono pagati dal Fondo. Ogni anno viene redatto un bilancio per l'anno successivo, che viene presentato e approvato dalla CAF. Anche le revisioni periodiche effettuate da

società esterne sono finanziate dal Fondo. La gestione del conto deve essere accessibile a tutte le parti contraenti in qualsiasi momento.

⁸ La gestione della segreteria è assunta di comune accordo da una delle parti contraenti. La segreteria è responsabile dei compiti amministrativi generali relativi alla presente convenzione sulla struttura tariffale, in particolare dell'inoltro dei documenti presentati ai membri della CAF, del feedback ai richiedenti in conformità con il processo per la decisione formale (figura 1) e di altri compiti amministrativi aggiuntivi come la convocazione di riunioni in conformità con le istruzioni e le disposizioni della CAF. I costi amministrativi sostenuti per la gestione della segreteria sono pagati dal Fondo (tariffa oraria di CHF 120.– IVA esclusa). La parte contraente responsabile della segreteria prepara a tal fine una fattura annuale dettagliata, suddivisa in base alle spese, che deve essere presentata alla CAF per l'approvazione.

Art. 4 Trasmissione dei dati e riscossione

¹ Il farmacista autorizzato, secondo la convenzione tariffale applicabile, si impegna, con l'applicazione della struttura tariffale RBP V, a versare la quota stabilita per alimentare il Fondo. Nella dichiarazione di adesione alla convenzione tariffale applicabile, si precisa che tali importi costituiscono un riconoscimento del debito. A seconda del saldo del Fondo per la qualità e la ricerca, l'alimentazione può essere sospesa o ripresa. La decisione relativa all'alimentazione si basa sull'art. 8 cpv. 4 della convenzione sulla struttura tariffale. Nel prendere queste decisioni, la CAF tiene conto di tutte le passività già sostenute e si assicura che siano coperte dal Fondo. La sospensione o l'inizio dell'alimentazione avviene alla fine di un anno civile e dura almeno un anno civile.

² Attraverso l'applicazione della struttura tariffale, il farmacista autorizzato si impegna a fornire i dati di fatturazione a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie alla banca dati pariteticamente riconosciuta.

³ I sistemi informatici delle farmacie devono essere in grado di fornire questi dati alla banca dati pariteticamente riconosciuta. In alternativa, il farmacista autorizzato può far pervenire i dati attraverso altri centri dati.

⁴ Le fatture vengono emesse ai farmacisti autorizzati a intervalli regolari (almeno una volta all'anno, ma preferibilmente ogni semestre o trimestre).

Art. 5 Procedura sanzionatoria

¹ Se un farmacista autorizzato ai sensi della convenzione tariffale applicabile non trasmette i dati alla banca dati o li trasmette errati, gli assicuratori forniscono alla CAF i dati relativi alla farmacia in questione per il periodo in questione, in modo che possa determinare l'importo dovuto dal farmacista autorizzato.

² Se un farmacista autorizzato non trasmette i dati alla banca dati o li trasmette errati o non paga il contributo al Fondo per la qualità e la ricerca, la CAF decide entro tre mesi, sulla base di criteri oggettivi, se avviare una procedura sanzionatoria per inadempienza o mancato rispetto delle disposizioni contrattuali.

³ Insieme alla domanda, la CAF trasmette agli assicuratori tutti i documenti e le prove rilevanti ai fini di un'eventuale procedura sanzionatoria.

⁴ Dopo aver esaminato i documenti, gli assicuratori sono liberi di decidere se avviare una procedura sanzionatoria davanti al tribunale arbitrale e se ricorrere a un rappresentante legale esterno.

⁵ Se gli assicuratori avviano una procedura sanzionatoria ai sensi dell'art. 59 LAMal, in caso di decisione a sfavore del farmacista autorizzato, pharmaSuisse si fa carico della metà dei costi esterni sostenuti (spese processuali, eventuale indennizzo alla controparte e onorario dell'avvocato esterno). Se gli assicuratori non hanno incaricato un avvocato esterno, pharmaSuisse verserà agli assicuratori un indennizzo forfettario per le spese sostenute fino a un massimo di CHF 2'000.– per caso nell'evenienza di una decisione a sfavore del farmacista autorizzato, a condizione che venga raggiunto questo importo totale. Il resto dei costi sarà a carico degli assicuratori.

⁶ Se dovesse emergere che il tribunale arbitrale ai sensi dell'art. 89 LAMal non è competente a giudicare la fattispecie, le parti soggette alla convenzione sulla struttura tariffale decideranno congiuntamente se avviare una corrispondente procedura di diritto privato o quali ulteriori misure adottare.

Art. 6 Scioglimento del Fondo per la qualità e la ricerca

¹ In caso di scioglimento o chiusura del Fondo, tutti i progetti e le richieste di finanziamento già approvati saranno finanziati dal Fondo, per quanto possibile, in conformità alla decisione. Ulteriori progetti e richieste di finanziamento non saranno approvati se nel frattempo il Fondo è stato esaurito. Non è consentito l'indebitamento del Fondo.

² L'importo rimanente dopo la realizzazione di tutti i progetti approvati, dopo la deduzione di tutti i costi diretti e indiretti relativi alla gestione e allo scioglimento del Fondo ai sensi dell'art. 2 cpv. 3, è a disposizione dei pagatori dei premi.

Allegato C: Monitoraggio ai sensi dell'art. 59c cpv. 1 lett. c OAMal

Art. 1 Scopo

¹ Per garantire la neutralità dei costi in caso di modifica del modello tariffale ai sensi dell'art. 59c cpv. 1 lett. c OAMal e lo sviluppo della tariffa ai sensi dell'art. 59c cpv. 2 OAMal, le parti contraenti concordano un monitoraggio congiunto con misure correttive.

² Il monitoraggio ha le seguenti finalità:

- a) Prova e garanzia del trasferimento neutrale dei costi della nuova struttura tariffale
- b) Accordo di misure correttive vincolanti in caso di superamento dei valori soglia definiti
- c) Osservazione dell'andamento dei volumi per le posizioni tariffali pertinenti
- d) Reporting degli effetti dell'applicazione della struttura tariffale a livello nazionale

Art. 2 Calcolo del volume di base determinante

¹ Il volume di base viene calcolato sulla base dei dati dell'anno 2022 (anno di riferimento).

² Il punto di partenza è il volume dei ricavi tariffali RBP IV/1 fatturati (volume di punti tariffali moltiplicato per il valore del punto tariffale di CHF 1.05) nell'anno di riferimento.

³ Il volume dei ricavi tariffali determinante è calcolato sui valori lordi (IVA esclusa) meno il contributo per l'efficienza della RBP IV/1. Il ricavo così ottenuto funge da volume di base per il calcolo dei valori di riferimento nella fase di neutralità dei costi successiva all'introduzione della RBP V.

⁴ Le posizioni tariffali Sostituzione, Confezionamento meccanico in blister e Sistema di dosaggio settimanale sono considerate separatamente e monitorate in conformità agli artt. 5 e 6. Pertanto, non vengono conteggiate nel volume di base.

Art. 3 Conto testimone e determinazione del valore di riferimento

¹ Il conto testimone consente di confrontare la nuova struttura tariffale RBP V con la precedente struttura tariffale RBP IV/1 per qualsiasi periodo di fatturazione. Nel conto testimone, il volume effettivo di punti tariffali (numero di punti tariffali fatturati in base alla RBP V) del rispettivo periodo di fatturazione viene transcodificato in un volume fittizio di punti tariffali della RBP IV/1 (valore di riferimento).

² Il valore di riferimento nella fase di neutralità dei costi viene calcolato come segue:

- Il volume dei ricavi tariffali della tariffa RBP V effettivamente sostenuti viene ritrasformato in volume dei ricavi tariffali (fittizio) della tariffa RBP IV/1 e il ricavo (fittizio) della RBP IV/1 viene simulato (conto testimone con la vecchia tariffa).
- La simulazione viene effettuata utilizzando il volume dei ricavi tariffali della RBP V effettivamente sostenuti nel periodo di fatturazione misurato (volume dei punti tariffali della RBP V moltiplicato per il valore dei punti tariffali della RBP V), che viene convertito in un volume equivalente dei ricavi tariffali della RBP IV/1 (volume dei punti tariffali della RBP IV/1 transcodificato moltiplicato per il valore dei punti tariffali della RBP IV/1 di CHF 1.05).

³ Le posizioni tariffali Confezionamento meccanico in blister, Sistema di dosaggio settimanale e Sostituzione sono escluse dal conto testimone.

Art. 4 Meccanismo di correzione

¹ Come intervallo di tolleranza (corridoio) per l'attuazione delle misure correttive, le parti contraenti concordano uno scostamento di $\pm 0,5$ percento del volume effettivo dei ricavi tariffali RBP V rispetto al valore di riferimento (volume simulato dei ricavi tariffali RBP IV/1).

² Se il valore di riferimento viene superato o sottovalutato di oltre lo 0,5 percento, la struttura tariffale della RBP V viene corretta in modo lineare per tutte le singole prestazioni con punti tariffali, ad eccezione delle posizioni tariffali Confezionamento meccanico in blister, Sostituzione e Sistema di dosaggio settimanale, in modo che il ricavo tariffale RBP V (corretto) corrisponda al valore di riferimento. In caso di marcato scostamento di singole posizioni tariffali rispetto alle posizioni tariffali, le parti contraenti possono apportare una correzione specifica alla posizione tariffale in questione.

Art. 5 Monitoraggio separato e meccanismo di correzione per le posizioni tariffali Confezionamento meccanico in blister e Sistema di dosaggio settimanale

¹ Per garantire la neutralità dei costi, viene definito un budget settoriale comune per le posizioni tariffali Confezionamento meccanico in blister e Sistema di dosaggio settimanale. Si tratta del fatturato realizzato nell'anno di riferimento con la posizione tariffale Sistema di dosaggio settimanale. Per confrontare l'andamento del fatturato, si tiene conto dei seguenti risparmi derivanti dal confezionamento meccanico in blister, ovvero:

- Risparmio ottenuto grazie alla fatturazione dei medicinali in base alle esigenze (singole compresse al posto di confezioni originali, evitando così lo spreco di medicinali)
- Risparmio ottenuto grazie all'utilizzo della confezione originale più grande dell'ES (escluse le confezioni ospedaliere)

² Il rispetto del budget settoriale comune per le posizioni tariffali Sistema di dosaggio settimanale e Confezionamento meccanico in blister viene determinato durante la fase di neutralità dei costi sulla base del volume dei ricavi tariffali effettivamente fatturati per le due posizioni tariffali e della misurazione degli effetti di risparmio. Se il budget settoriale viene superato, i punti tariffali per la posizione tariffale del sistema di dosaggio settimanale vengono adeguati al budget definito nell'anno di riferimento. Se il budget è inferiore, non viene effettuata alcuna correzione.

³ La posizione tariffale Confezionamento meccanico in blister è inoltre soggetta a una degressione tariffale come descritto nell'art. 12 cpv. 2 appendice A. Questa degressione viene presa in considerazione nell'analisi del bilancio settoriale.

Art. 6 Monitoraggio separato per la posizione tariffale Sostituzione

Nell'applicazione della posizione tariffale Sostituzione, i costi aggiuntivi risultanti sono sovracompensati dai risparmi. A causa di questa sovracompensazione, il monitoraggio di questa posizione tariffale serve solo per controllare l'andamento dei volumi e determinare i risparmi. Le parti contraenti concordano che non saranno adottate misure correttive.

Art. 7 Durata e periodicità del monitoraggio

¹ Il monitoraggio per garantire la neutralità dei costi sarà effettuato durante un periodo di fatturazione di tre anni dall'entrata in vigore della nuova struttura tariffale della RBP V (2026-2028).

² I dati corrispondenti saranno analizzati annualmente, almeno sei mesi dopo la data di trattamento. Le prime interrogazioni e analisi dei dati avranno luogo nel terzo trimestre dell'anno X+1 dopo l'introduzione della RBP V (se introdotta il 1° gennaio 2026, nel 2027) con la relativa correzione in caso di superamento o mancato raggiungimento del corridoio in conformità all'art. 4 o in caso di superamento del budget settoriale comune definito delle posizioni tariffali Confezionamento meccanico in blister e Sistema di dosaggio settimanale secondo l'art. 5 il 1° gennaio dell'anno X+2 (se introdotta il 1° gennaio 2026, nel 2028).

Art. 8 Reporting

Ogni anno, entro 30 giorni dal monitoraggio o dalla decisione sulle correzioni, le parti contraenti informano per iscritto l'Ufficio federale della sanità pubblica, Divisione Tariffe e basi, in merito al monitoraggio svolto, ai suoi risultati e alle eventuali correzioni della struttura tariffale.

Art. 9 Fonti di dati

¹ I dati si basano sul tool di monitoraggio (MTL) di COGE o di un'eventuale società successiva e sulle specifiche utilizzate per questa applicazione. Altre fonti di dati (IQVIA, banca dati delle tariffe) sono utilizzate per i controlli di plausibilità. L'MTL è gestito come strumento congiunto con le parti contraenti, in modo da garantire l'accesso agli stessi dati a tutte le parti.

² I dati per la misurazione degli effetti di risparmio per la posizione tariffale Confezionamento meccanico in blister ai sensi dell'art. 5 saranno messi a disposizione dei membri della commissione di monitoraggio di pharmaSuisse.

³ Tutti i dati necessari per l'attuazione del monitoraggio vengono utilizzati in forma anonima. Alle parti contraenti viene garantita la necessaria trasparenza dei dati in conformità alle rispettive disposizioni sulla protezione dei dati.

Allegato D: Monitoraggio ai sensi dell'art. 47c LAMal

Art. 1 Scopo

Il presente allegato disciplina, ai sensi dell'art. 6 della convenzione sulla struttura tariffale, l'attuazione dell'art. 47c LAMal, il quale deve essere applicato obbligatoriamente in tutte le convenzioni ai sensi dell'art. 43 cpv. 4 LAMal.

Art. 2 Organizzazione

La commissione paritetica di monitoraggio, costituita dalle parti contraenti nell'allegato E, si basa anch'essa sull'art. 47c LAMal. Ulteriori compiti e competenze sono riportati nell'art. 2 dell'allegato E.

Art. 3 Entrata in vigore

Il monitoraggio ai sensi dell'art. 47c LAMal entra in vigore successivamente al monitoraggio ai sensi dell'art. 59c cpv. 1 lett. c OAMal e dell'art. 59c cpv. 2 OAMal.

Capitolo I Monitoraggio e sorveglianza

Art. 4 Base dati

¹ I dati del pool tariffale della SASIS AG costituiscono la fonte di dati a partire dall'entrata in vigore della convenzione sulla struttura tariffale RBP V. Il pool tariffale contiene i dati di fatturazione degli assicuratori in forma aggregata.

² L'assegnazione dei dati al periodo di osservazione avviene in base alla data di emissione della fattura (corrispondente alla data della fattura).

³ pharmaSuisse verifica la plausibilità dei dati del pool tariffale per quanto possibile sulla base delle proprie fonti di dati. In caso di discrepanza tra le fonti di dati, le parti contraenti cercano un confronto e chiariscono la causa.

Art. 5 Parametri

¹ L'art. 47c LAMal stabilisce che devono essere monitorati sia gli sviluppi relativi alle quantità sia quelli relativi ai volumi e ai costi.

² Per il settore delle prestazioni del farmacista (RBP) devono essere monitorati almeno i seguenti indicatori:

Parametro	Descrizione	Derivazione
Quantità	Numero di prestazioni fatturate per posizione tariffale	La quantità per posizione tariffale è presa dal pool tariffale
Volume	Numero di punti tariffali (PT) fatturati per posizione tariffale	Il volume per posizione tariffale è preso dal pool tariffale, ma può anche essere calcolato dalla quantità: $\text{Volume} = \text{Quantità} * \text{PT}$
Costi	Costi (lordi) ¹ per posizione tariffale	I costi per posizione tariffale sono presi dal pool tariffale, ma possono anche essere calcolati dal volume: $\text{Costi} = \text{Volume} * \text{Valore del punto tariffale}$

Tabella 1: Parametri richiesti per legge

¹ I costi lordi nel contesto dei dati del pool tariffale si riferiscono ai costi totali di una prestazione, pagati anticipatamente dagli assicuratori e registrati nel pool tariffale.

Art. 6 Implementazione del monitoraggio

¹ Per attuare le disposizioni di monitoraggio secondo l'art. 47c LAMal, vengono rilevati i parametri definiti nella tabella 1 e confrontati con i valori degli anni precedenti. Responsabile dell'attuazione è la commissione di monitoraggio conformemente all'allegato E.

² Lo svolgimento del monitoraggio avviene in tre fasi, descritte di seguito in maniera sommaria. La descrizione dettagliata si trova nei capitoli seguenti.

³ Previsione dei costi: nell'anno di riferimento (anno da monitorare) viene effettuata una previsione dei costi per l'anno in corso, dalla quale viene ricavato un tetto massimo. La previsione dei costi si basa sull'andamento dei costi degli anni precedenti («periodo di base»).

⁴ Monitoraggio: nell'anno di rendicontazione (anno successivo all'anno di riferimento) vengono rilevati i costi totali per le prestazioni effettivamente fornite nell'anno di riferimento. I costi totali non devono superare il tetto massimo determinato al cpv. 3.

⁵ Analisi in caso di superamento dei costi: nell'anno di analisi (anno successivo all'anno di rendicontazione), in caso di superamento dei costi, vengono analizzate le cause e – qualora il superamento non sia giustificato – adottate contromisure conformemente all'art. 10 allegato D.

⁶ Lo svolgimento del monitoraggio avviene secondo quanto illustrato nella figura 1 qui sotto.

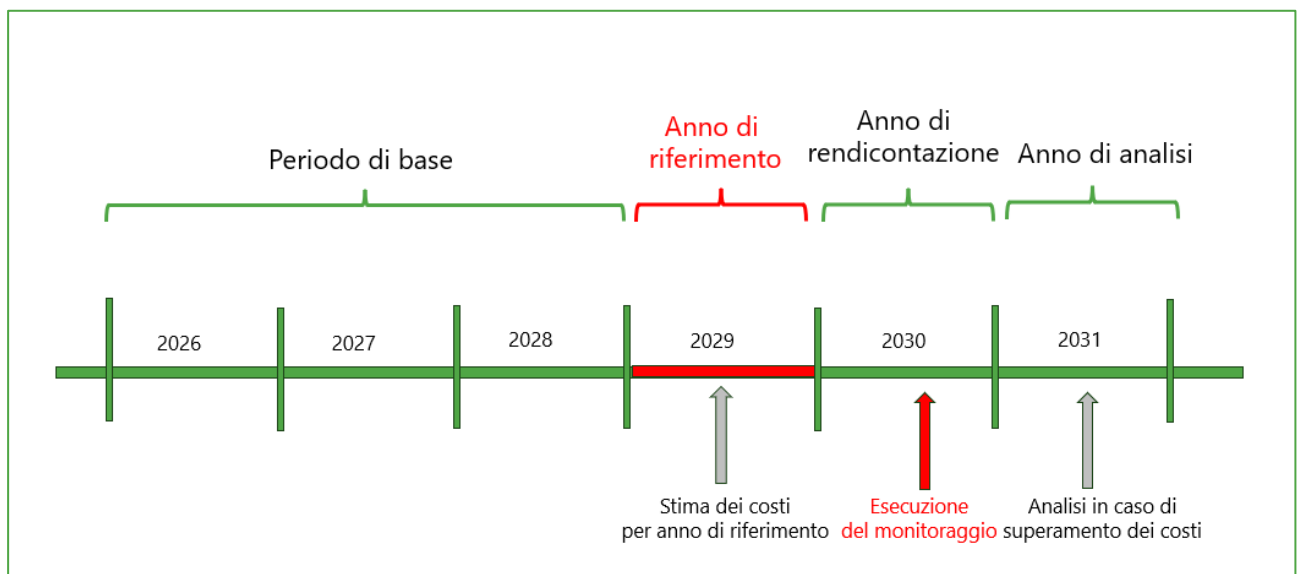


Figura 1: Illustrazione – Svolgimento del monitoraggio: L'anno di riferimento (qui l'anno 2029) viene monitorato. A tal fine, nell'anno di riferimento viene effettuata una stima dei costi, basata sull'andamento delle quantità durante il periodo di base. Nell'anno di rendicontazione (nella figura l'anno 2030) viene eseguito il monitoraggio per l'anno di riferimento. In caso di superamento dei costi, nell'anno di analisi (2031) vengono analizzate le cause.

⁷ Per l'anno di riferimento viene effettuata una stima dei costi, dalla quale si ricava un tetto massimo. La stima dei costi si basa sulle seguenti basi:

- le quantità fatturate durante il periodo di base
- il PT valido nell'anno di riferimento
- il/i valore/i del punto tariffale valido/i nell'anno di riferimento

⁸ In un primo passaggio viene elaborata una previsione della quantità attesa per l'anno di riferimento. Sulla base di questa previsione delle quantità, vengono poi calcolate le previsioni di volume e costi, in funzione del PT e del valore del punto tariffale.

⁹ La previsione delle quantità si basa sull'andamento delle quantità durante il periodo di base. L'andamento osservato in questo periodo viene proiettato sull'anno di riferimento. Come periodo di base si considerano gli ultimi cinque anni prima dell'anno di riferimento. Fanno eccezione la prima e la seconda applicazione, poiché durante questa RBP V sono trascorsi solo tre rispettivamente quattro anni, e quindi il periodo di base può comprendere al massimo tre o quattro anni.

¹⁰ La stima dei costi viene effettuata singolarmente per ogni posizione tariffale. A tal fine, per ciascuna posizione tariffale vengono eseguiti i seguenti passaggi:

1) Calcolo del tasso di variazione delle quantità durante il periodo di base

Il periodo di base dura n anni, a partire dall'anno 1 fino all'anno n. Quantità(anno 1) indica la quantità fatturata della posizione tariffale nell'anno 1, Quantità(anno n) indica la quantità fatturata della posizione tariffale nell'anno n. Il tasso di variazione medio annuo si calcola secondo la seguente formula:

$$\text{Änderungsrate} = \left(\frac{\text{Menge (Jahr n)}}{\text{Menge (Jahr 1)}} \right)^{\frac{1}{(n-1)}} - 1$$

2) Previsione della quantità per l'anno di riferimento

La quantità prevista per l'anno di riferimento si calcola partendo dalla quantità fatturata nell'ultimo anno di base per le posizioni tariffali e applicando il tasso di variazione, come segue:

$$\text{Menge(Bezugsjahr)} = \text{Menge (Letztes Jahr Basisperiode)} \times (1 + \text{Änderungsrate})$$

3) Previsione del volume per l'anno di riferimento

Il volume previsto per l'anno di riferimento si calcola come segue:

$$\text{Volumen(Bezugsjahr)} = \text{Menge(Bezugsjahr)} \times \text{Taxpunkte}$$

4) Previsione dei costi per l'anno di riferimento

I costi previsti per l'anno di riferimento si calcolano come segue:

$$\text{Kosten(Bezugsjahr)} = \text{Volumen(Bezugsjahr)} \times \text{Taxpunktwert}$$

¹¹ L'algoritmo descritto al cpv. 10 viene applicato singolarmente a ciascuna posizione tariffale. I costi complessivi risultano infine dalla somma dei costi di tutte le singole posizioni tariffali.

Esempio di previsione della quantità di posizioni tariffali nell'anno di riferimento:

		Periodo di base (valori misurati)			Anno di riferimento (previsione)
Posizione tariffale	Tasso di variazione	2026	2027	2028	2029
Convalida della sicurezza del medicamento	2,0 per cento	200	195	208	212
Validazione della sicurezza paziente	3,0 per cento	100	101	106	109

Tabella 2: Stima delle quantità basata su due posizioni tariffali: il periodo di base va dal 2026 al 2028. A causa della crescita durante il periodo di base, viene calcolato il tasso annuo di variazione e, sulla base di questo, viene elaborata la previsione della quantità per l'anno di riferimento 2029. I numeri utilizzati nell'esempio sono scelti casualmente e servono solo a scopo illustrativo.

¹² A seguito della stima dei costi, viene fissato il limite massimo per l'anno di riferimento. Il limite massimo corrisponde ai costi totali calcolati per l'anno di riferimento, maggiorati di una tolleranza del 2 per cento. Il limite massimo è considerato superato se i costi totali risultano superiori a tale limite. Non viene definito alcun limite massimo per singole posizioni tariffali.

¹³ L'introduzione di una nuova posizione tariffale rappresenta un caso speciale. Si distingue tra i primi due anni dall'introduzione, il terzo anno e gli anni successivi.

- Primo e secondo anno: poiché mancano i dati sull'evoluzione delle quantità, non viene effettuata alcuna stima dei costi. Di conseguenza, la nuova posizione tariffale non contribuisce alla definizione del limite massimo e non viene considerata nel monitoraggio.
- Terzo anno: come base per la stima dei costi viene considerata la quantità fatturata della posizione tariffale nel secondo anno. La nuova posizione tariffale viene monitorata per la prima volta.
- Quarto anno e successivi: la stima dei costi e il monitoraggio avvengono come per tutte le altre posizioni tariffali. Tuttavia, il periodo di base è ridotto all'inizio.

¹⁴ Nel anno di rendicontazione, il monitoraggio deve essere redatto al più tardi entro il 30 novembre per l'anno precedente. L'attuazione del monitoraggio secondo il presente allegato avviene a partire dal primo anno successivo alla fine della fase di neutralità dei costi, in caso di cambio del modello tariffale, conformemente all'art. 59c cpv. 1 lett. c OAMal.

Art. 7 Fattori non influenzabili

¹ La maggior parte delle posizioni tariffali riguarda prestazioni delegate che il farmacista autorizzato è obbligato a erogare nell'ambito dell'esecuzione della ricetta. Queste prestazioni vengono attivate automaticamente non appena una prescrizione medica viene presentata in farmacia. Poiché il comportamento prescrittivo rientra esclusivamente nella responsabilità del fornitore della prestazione che effettua la prescrizione, il farmacista autorizzato non ha alcuna influenza su quali e quante prestazioni debbano effettivamente essere erogate. Di conseguenza, il numero delle posizioni tariffali fatturate non può essere controllato né pianificato in anticipo.

² La seguente tabella 3 contiene le posizioni tariffali RBP V e indica se la quantità può essere influenzata dal farmacista autorizzato.

Numero tariffale	Tipo di prestazione	Influenzabile dal farmacista
3000.00	Convalida della sicurezza del medicamento (nuovo medicamento / categoria di dispensazione A)	No
3001.00	Convalida della sicurezza del medicamento (nuovo medicamento / categoria di dispensazione B)	No
3002.00	Convalida della sicurezza del medicamento (medicamento esistente / categoria di dispensazione A)	No
3003.00	Convalida della sicurezza del medicamento (medicamento esistente / categoria di dispensazione B)	No
3004.00	Validazione della sicurezza paziente	No
3005.00	Validazione della sicurezza paziente in istituzione	No
3006.00	Nuovo inserimento e aggiornamento dei dati del paziente	No
3007.00	Sistema di dosaggio settimanale (3 - 5 medicinali)	No ²
3008.00	Sistema di dosaggio settimanale (6 - 8 medicinali)	
3009.00	Sistema di dosaggio settimanale (9 e più medicinali)	
3010.00	Dispensazione di una confezione frazionata per uso ambulatoriale	No
3011.00	Somministrazione supervisionata	No
3012.00	Servizio di emergenza	No
3013.00	Spiegazione dell'applicazione	No
3014.00	Sostituzione	Sì
3015.00	Confezionamento meccanico in blister	No ²
3016.00	Confezionamento meccanico in blister paziente in istituzione	No ²
3017.00	Forfait di metadone (più di 5 volte a settimana)	No
3018.00	Forfait di metadone (da 1 a 5 volte a settimana)	No
3019.00	Forfait di metadone, trattamento di breve durata (più di 5 volte a settimana)	No
3020.00	Forfait di metadone, trattamento di breve durata (da 1 a 5 volte a settimana)	No

Tabella 3: Posizioni tariffali RBP V

² Il rapporto tra il sistema di dosaggio settimanale e il confezionamento meccanico in blister è parzialmente influenzabile.

³ Le posizioni tariffali riportate nella tabella 3, la cui quantità di dispensazione può essere influenzata dal farmacista autorizzato, devono essere giustificate come segue:

- 1) Sostituzione: è un diritto del farmacista autorizzato, previo consenso del paziente, sostituire un medicamento originale o di riferimento con un generico o un biosimilare più economico.
- 2) Sistema di dosaggio settimanale o confezionamento meccanico in blister: la dispensazione dei medicinali nell'ambito di un sistema di dosaggio settimanale o tramite confezionamento meccanico in blister avviene sulla base di una prescrizione medica e non rientra quindi nella sfera di influenza diretta del farmacista autorizzato. A livello tecnico (in funzione della galenica del medicamento, della terapia, del tipo di paziente, della durata della terapia e di altri fattori di influenza), il farmacista autorizzato può tuttavia sostituire un sistema di dosaggio settimanale riempito manualmente con un confezionamento meccanico in blister più economico.

⁴ Oltre al comportamento prescrittivo del medico, anche il comportamento del paziente può influire sul numero delle posizioni tariffali fatturate. Il farmacista autorizzato non ha alcuna influenza diretta su questo. I seguenti effetti possono derivare da un cambiamento nel comportamento del paziente:

- Fedeltà del paziente alla propria farmacia di riferimento: questa ha un'influenza diretta sul rapporto tra le posizioni tariffali fatturate secondo l'art. 2 allegato A – Convalida della sicurezza del medicamento (nuovo) e Convalida della sicurezza del medicamento (esistente). Inoltre, influisce sulla frequenza di fatturazione della posizione tariffale secondo l'art. 5 allegato A – Nuovo inserimento e aggiornamento dei dati dei pazienti.
- Aderenza terapeutica: influisce sulla frequenza e sul numero dei ritiri di medicinali.

Capitolo II Regole per la correzione di aumenti ingiustificati

Nell'anno di rendicontazione, i costi complessivi effettivamente misurati vengono confrontati con la stima dei costi. Di seguito viene descritto il procedimento a seconda che il limite massimo dei costi venga superato o meno.

Art. 8 Costi complessivi al di sotto del limite massimo

Si procede secondo l'allegato E. Il processo è così concluso.

Art. 9 Costi complessivi al di sopra del limite massimo (scostamento spiegabile)

Se lo scostamento è spiegabile sulla base dell'art. 5, le parti contraenti approvano il rapporto di monitoraggio entro il 30 novembre dell'anno di analisi, conformemente all'allegato E. In tal modo il processo si conclude.

Art. 10 Costi complessivi al di sopra del limite massimo (scostamento non spiegabile)

¹ Se la commissione di monitoraggio, nell'ambito dell'analisi dettagliata e della ricerca delle cause ai sensi dell'art. 7, riscontra scostamenti nei costi complessivi che non sono spiegabili con i fattori di influenza elencati nell'art. 5, vengono adottate le misure correttive ai sensi dell'art. 10 capitolo III in combinato disposto con l'allegato E.

² La verifica dell'efficacia delle misure correttive avviene nell'ambito del monitoraggio ordinario secondo l'allegato E.

Capitolo III Misure correttive

Art. 11 Principi della correzione

¹ La correzione avviene sempre in modo prospettico.

² La correzione avviene, per quanto possibile, secondo il principio di causalità.

Art. 12 Misure di correzione

¹ La commissione di monitoraggio propone, a seconda della causa, misure correttive sulla base del seguente catalogo:

Causa	Strumento	Inoltro a	Misura
Struttura tariffale	Adeguamento della struttura tariffale	VHD RBP	Correggere incentivi distorti
Sviluppo delle quantità	a) Negoziazione dei prezzi b) Intervento normativo	VHD RBP VHD RBP	Correggere lo sviluppo
Anomalie nella fatturazione	a) Controllo delle fatture b) Adeguamento della descrizione della posizione tariffale nella convenzione sulla struttura tariffale	Assicuratori VHD RBP	Intensificare la verifica e correggere se necessario
Tariffa (valore del punto tariffale)	Negoziazione della tariffa	VHD RBP	Motivare lo scostamento

Tabella 4: Catalogo delle misure correttive

² A seconda della causa e dell'entità, possono essere proposte anche più misure in modo cumulativo. Le osservazioni sui singoli strumenti seguono al cpv. 3.

³ Struttura tariffale: sviluppi indesiderati che, per singole posizioni tariffali, portano a una crescita non spiegabile delle quantità (oppure, in determinate circostanze, a una sovraremunerazione). Le parti contraenti correggono l'incentivo distorto e concordano, entro i termini definiti al cpv. 4, un corrispondente adeguamento della struttura tariffale. Tale adeguamento porta a una domanda di approvazione destinata al Consiglio federale. L'attuazione degli adeguamenti da parte del farmacista autorizzato e degli assicuratori avviene all'inizio dell'anno successivo, a condizione che la decisione del Consiglio federale sia disponibile entro il 31 ottobre dell'anno in questione. In caso contrario, l'adeguamento entra in vigore all'inizio del secondo anno successivo.

⁴ Sviluppo delle quantità: crescita inspiegabile delle quantità complessive (oppure di posizioni tariffali con remunerazione più elevata a scapito di quelle con remunerazione inferiore). In caso di sviluppo delle quantità non spiegabile, sono ipotizzabili diverse misure:

1) Correzione tramite tariffe o prezzi

La commissione di monitoraggio decide, entro sei mesi, come soluzione, un adeguamento di tariffa o di prezzo da negoziare per gli sviluppi quantitativi non spiegabili e lo sottopone alla VHD RBP. Quest'ultima decide, in occasione della seduta plenaria straordinaria secondo l'art. 3 allegato E, quali risultati debbano essere integrati come elemento aggiuntivo nelle trattative (a parte le differenze di prezzo e altre particolarità).

2) Intervento normativo

Se, entro i termini definiti al cpv. 4 cifra 1, non si trova alcuna soluzione, la commissione di monitoraggio può proporre, per il farmacista autorizzato, una correzione delle posizioni tariffali tramite un fattore di correzione. La VHD RBP negozia tale correzione in una seduta plenaria straordinaria conformemente all'art. 3 allegato E.

⁵ Anomalia nella fatturazione: causata da una sistematica e ingiustificata errata fatturazione da parte di un farmacista autorizzato. L'anomalia viene segnalata agli assicuratori e, tramite il controllo delle fatture, si garantisce che ulteriori errate fatturazioni vengano impedito oppure che le fatture vengano respinte. Il farmacista autorizzato interessato viene informato dall'assicuratore. Qualora le anomalie riguardino più farmacisti autorizzati, è opportuno prevedere un adeguamento o una precisazione della descrizione nella presente convenzione sulla struttura tariffale in occasione della prossima revisione delle tariffe o nel commento alla RBP V.

Allegato E: Accordo sulla commissione paritetica di monitoraggio

Art. 1 Scopo

Per il monitoraggio dell'evoluzione tariffale, dello sviluppo dei costi, delle quantità e dei volumi, nonché per il processo decisionale conformemente all'allegato C e all'allegato D, viene istituita, con l'entrata in vigore della presente convenzione sulla struttura tariffale, una commissione permanente di monitoraggio.

Art. 2 Composizione e presidenza

¹ La commissione paritetica di monitoraggio è composta da due rappresentanti di pharmaSuisse e due rappresentanti degli assicuratori.

² La presidenza cambia annualmente tra le parti contraenti prio.swiss e pharmaSuisse.

Art. 3 Riunioni e processo decisionale

¹ I rappresentanti di pharmaSuisse dispongono di due voti e quelli degli assicuratori di due voti.

² Per una decisione in seno alla commissione di monitoraggio è necessaria la maggioranza semplice. Se non c'è accordo, la decisione viene automaticamente rinviata alla VHD RBP. La presa di decisione è obbligatoria.

³ Se la commissione di monitoraggio prende una decisione, la VHD RBP deve esserne immediatamente informata per iscritto.

⁴ Se un rappresentante delle parti contraenti nella VHD RBP non è d'accordo con la decisione della commissione di monitoraggio, può porre il proprio veto entro 10 giorni dalla comunicazione scritta della commissione di monitoraggio. La decisione della commissione di monitoraggio viene quindi automaticamente trasmessa alla VHD RBP come domanda e sarà trattata in una riunione plenaria straordinaria entro 30 giorni.

⁵ Nella VHD RBP, i rappresentanti di pharmaSuisse dispongono di due voti e quelli degli assicuratori di due voti. Per prendere una decisione in seno alla VHD RBP è necessaria la maggioranza semplice. In caso di parità in sede plenaria, le parti contraenti nominano un perito neutrale, il quale analizza i dati del monitoraggio e calcola le misure correttive individuali. La decisione del perito è vincolante, a meno che le parti contraenti non trovino un altro compromesso. I costi per il perito esterno sono divisi tra le parti contraenti (50 percento pharmaSuisse, 50 percento prio.swiss).

⁶ Una riunione della commissione di monitoraggio può essere convocata su richiesta di una delle parti con un preavviso di 30 giorni.

Art. 4 Segreteria

¹ La segreteria della commissione di monitoraggio è gestita dalla parte contraente che detiene la presidenza.

² La segreteria prepara le riunioni e redige il verbale delle sedute, comprensivo dell'elenco delle pendenze. Il presidente può delegare queste attività a spese della propria organizzazione e, previa informazione dei membri della commissione, coinvolgere un redattore del verbale durante le riunioni.

Art. 5 Compiti e procedura

¹ La commissione di monitoraggio raccoglie i dati per il monitoraggio, è responsabile del monitoraggio ai sensi dell'art. 59c cpv. 1 lett. c OAMal secondo l'allegato C, nonché del monitoraggio ai sensi dell'art. 47c LAMal secondo l'allegato D, e dell'applicazione delle regole di correzione in caso di aumenti ingiustificati secondo gli artt. 5, 6, 7 e 8 dell'allegato D.

² La preparazione dei dati, il monitoraggio e le eventuali analisi possono essere affidati a un partner esterno su decisione della commissione di monitoraggio. Quest'ultimo garantisce, insieme alle parti contraenti, l'accesso e la consegna dei dati nei termini previsti.

³ La commissione di monitoraggio può decidere di apportare correzioni. In caso di correzioni necessarie, al farmacista autorizzato viene garantito, tramite pharmaSuisse e le comunità di acquisti degli assicuratori, l'accesso alle basi dati rilevanti per lui.

⁴ La commissione di monitoraggio effettua un'analisi approfondita ai fini della ricerca delle cause entro il 30 aprile dell'anno di analisi e confronta i risultati con i fattori non influenzabili secondo l'art. 5 dell'allegato D. Inoltre, prepara la documentazione entro il 31 maggio dell'anno di analisi da sottoporre alla VHD RBP. Dopo l'approvazione da parte della VHD RBP, le parti contraenti approvano il rapporto entro il 31 agosto dell'anno di analisi. La commissione di monitoraggio può, se necessario, fissare un termine specifico per la verifica dell'efficacia delle misure correttive, adeguato alla tematica trattata.

⁵ La VHD RBP può impartire ulteriori incarichi alla commissione di monitoraggio.