

Clarifications et indications techniques

concernant l'application de la structure tarifaire RBP V

Version 1.0 du 26 janvier 2026
Valable à partir du 1^{er} janvier 2026

Sommaire

1	But et importance du présent document.....	3
1.1	Contexte et but du présent document.....	3
1.2	Importance du présent document	3
2	Clarifications de fond	4
2.1	Clarifications générales concernant la convention relative à la structure tarifaire RBP V.....	4
2.1.1	Champ d'application matériel (art. 3 de la convention relative à la structure tarifaire RBP V).....	4
2.1.2	Fonds de qualité et de recherche (art. 8 de la convention relative à la structure tarifaire RBP V) ..	5
2.2	Clarifications générales relatives à la convention tarifaire	5
2.2.1	Champ d'application matériel commerce d'envoi postal (art. 6 de la convention tarifaire RBP V)...	5
2.3	Précisions spécifiques concernant certains chiffres tarifaires	6
3001.00	Validation de sécurité médicament (nouveau médicament / catégorie de remise B).....	6
3003.00	Validation de sécurité médicament (médicament existant / catégorie de remise B).....	6
3004.00	Validation de sécurité patient	7
3005.00	Validation de sécurité patient en institution.....	7
3006.00	Nouvelle saisie et actualisation des données patient	7
3007.00 – 3009.00	Semainier	8
3010.00	Remise fractionnée pour prise ambulatoire	8
3011.00	Prise sous surveillance	8
3012.00	Service de garde	8
3013.00	Explications sur l'application	8
3014.00	Substitution	9
3015.00	Mise sous blister mécanique	10
3017.00 – 3018.00	Forfaits méthadone.....	10
2.4	Aperçu des règles de cumul.....	11
3	Indications techniques.....	12
3.1	Remarque générale	12
3.2	Distinction entre pharmacie d'officine et canal du commerce d'envoi postal pour la facturation / les décomptes	12
3.3	Arrondi	12
3.4	Transmission d'informations supplémentaires.....	13
3.4.1	Exemples	15
3.5	Substitution.....	15
3.6	Facturation des comprimés à l'unité en cas de mise sous blister mécanique	15
3.6.1	Exemples	16
4	Glossaire	17

1 But et importance du présent document

1.1 Contexte et but du présent document

Le 29 octobre 2025, le Conseil fédéral a approuvé la nouvelle structure tarifaire pour les prestations des pharmaciens RBP V (rémunération basée sur les prestations, version V), sur la base de l'art. 46, al. 4 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). La RBP V entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026 et remplace ainsi la version actuelle de la structure tarifaire RBP IV/1.

Dans la lettre d'information du 29 octobre 2025 concernant l'approbation de la RBP V, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a invité les partenaires conventionnels à poser les bases nécessaires à une application uniforme de la structure tarifaire et à une délimitation claire des positions tarifaires. Le présent document permet aux partenaires conventionnels de satisfaire à cette exigence. Outre les clarifications de fond relatives à la structure tarifaire, ce document contient également les principales indications techniques concernant la saisie et la facturation du nouveau tarif afin de garantir son application uniforme dans et par les pharmacies et chez les assureurs-maladie à partir du 1^{er} janvier 2026.

1.2 Importance du présent document

La convention relative à la structure tarifaire RBP V ainsi que les conventions tarifaires RBP V conclues entre la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse et les communautés d'achat des assureurs-maladie (HSK, CSS, tarifsuisse) constituent, du fait de leur approbation par le Conseil fédéral, la base contraignante valable au niveau national pour l'application du tarif. Le présent document « Clarifications et indications techniques » (ci-après « Clarifications ») constitue une aide complémentaire à l'interprétation et à l'application du tarif, qui donne des précisions supplémentaires sur les explications figurant dans les conventions susmentionnées et garantit une application uniforme du tarif. En cas de doute et en l'absence de précisions dans les clarifications, les dispositions des conventions mentionnées s'appliquent.

Les partenaires conventionnels sont conscients que de nouveaux besoins de clarifications peuvent naître pendant la mise en œuvre du nouveau tarif. En cas de remarques relatives à un manque d'homogénéité dans l'application ou à une marge d'interprétation pour certaines positions tarifaires et clauses contractuelles, les pharmacies doivent s'adresser à Tarife@pharmaSuisse.org ou LOAV@pharmaSuisse.org, et les assureurs-maladie à info@prio.swiss. Les pharmacies et les assureurs-maladie seront informés des éventuelles mises à jour de ce document par les sociétés compétentes.



2 Clarifications de fond

2.1 Clarifications générales concernant la convention relative à la structure tarifaire RBP V

2.1.1 Champ d'application matériel (art. 3 de la convention relative à la structure tarifaire RBP V)

Le champ d'application matériel a été élargi par rapport à la RBP IV/1 en ce qui concerne la définition des « médicaments soumis à la RBP ». Désormais, outre les produits de la liste des spécialités (LS) des catégories de remise A et B de Swissmedic, la validation de sécurité médicament ainsi que la validation de sécurité patient ou la validation de sécurité patient en institution peuvent également être facturées, sur la base d'une garantie de prise en charge des coûts valable (art. 3, al. 1, let. a, c et g de la convention relative à la structure tarifaire RBP V), lors de la remise de préparations magistrales selon la liste des médicaments avec tarif (LMT) et de médicaments selon les art. 71a, 71b et 71c de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal). La validation s'applique par analogie aux médicaments qui, conformément à l'art. 69b OAMal, sont remplacés par un médicament étranger (médicament importé) en cas d'indisponibilité¹, pour autant qu'il s'agisse d'un remplacement d'un médicament de la LS, catégorie de remise A ou B.

Pour tous les autres produits et prestations, les positions tarifaires validation de sécurité médicament et validation de sécurité patient ne peuvent pas être facturées (cf. tableau 1).

Produits et prestations	Facturation des chiffres tarifaires 3000.00, 3001.00, 3002.00, 3003.00	Facturation des chiffres tarifaires 3004.00, 3005.00
Médicaments LS des catégories de remise A et B	Oui	Oui
Médicaments LS de la catégorie de remise D	Non	Non
Préparations magistrales selon LMT	Seulement 3003.00	Oui
Analyses selon la liste des analyses (LA)	Non	Non
LiMA/ORS/OSM	Non	Non
Médicaments visés à l'art. 71a OAMal	Oui	Oui
Médicaments visés aux art. 71b et 71c OAMal	Uniquement 3000.00 et 3002.00	Oui
Remplacement d'un produit LS de la catégorie de remise A ou B par un médicament importé en cas d'indisponibilité au sens de l'art. 69b OAMal	Oui ² – au même titre que le médicament LS remplacé	Oui

Tableau 1: Vue d'ensemble des validations de sécurité médicament et patient facturables selon la convention relative à la structure tarifaire RBP V

¹ La version en vigueur de la circulaire de l'OFSP relative au remboursement en cas de difficultés d'approvisionnement fait foi.

² Pour les médicaments importés sans GTIN: facturation via le type de tarif 408 et le chiffre tarifaire numéro central pharmaceutique (*Pharmazentralnummer*, PZN), le GTIN du médicament LS suisse manquant devant impérativement être indiqué dans le code de référence du médicament importé.

Dans le cadre de la liste des moyens et appareils (LiMA), la convention relative à la structure tarifaire RBP V fait office de contrat de remise au sens de l'art. 55, let. b OAMal entre les pharmacies admises comme centres de remise de moyens et appareils et les assureurs-maladie. Les directives de facturation de la LiMA sont également déterminantes pour la remise en pharmacie.

Lors de la remise de médicaments selon les art. 71b et 71c OAMal, la validation de sécurité médicament de la catégorie de remise A est toujours facturée sur la base de son historique de remise (médicament existant ou nouveau médicament).

2.1.2 Fonds de qualité et de recherche (art. 8 de la convention relative à la structure tarifaire RBP V)

Bien que la ristourne à la caisse-maladie (RCM) ait été intégrée dans le tarif dans le cadre de la RBP V, les pharmaciennes et pharmaciens continuent de verser une contribution en faveur du Fonds de qualité et de recherche. Dans le cadre de la RBP V, celle-ci s'élève à 0,2 % de la part relative à la distribution (hors taxe sur la valeur ajoutée [TVA]). Les règles d'alimentation du fonds sont décrites à l'art. 8 de la convention relative à la structure tarifaire RBP V.

La contribution au Fonds de qualité et de recherche joue uniquement un rôle indirect pour la mise en œuvre dans le système POS et en raison des centrales de facturation des pharmacies et n'est mentionnée ici qu'à titre d'information. Les données nécessaires à l'encaissement de la contribution au Fonds de qualité et de recherche sont fournies par un organisme désigné par la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse et facturées directement aux pharmacies par un organisme indépendant. La déduction n'apparaît ni sur la facture patient, ni sur la facture XML adressée à l'assureur-maladie.

2.2 Clarifications générales relatives à la convention tarifaire

2.2.1 Champ d'application matériel commerce d'envoi postal (art. 6 de la convention tarifaire RBP V)

Dans les conventions tarifaires RBP V – Commerce d'envoi postal, l'art. 6 de la convention tarifaire RBP V énumère les positions tarifaires qui sont remboursées lors de la remise de produits et de prestations par le pharmacien admis via le commerce d'envoi postal. L'art. 6, al. 2 des conventions tarifaires RBP V – Commerce d'envoi postal et des conventions tarifaires RBP V – Officine avec CSS et HSK renvoie à l'art. 6 de la convention relative à la structure tarifaire RBP V, mais il s'agit de l'art. 3 de la convention relative à la structure tarifaire RBP V (champ d'application matériel).

Les partenaires conventionnels déclarent ensemble que la position tarifaire 3013.00 Explications sur l'application ne doit PAS être appliquée dans le canal du commerce d'envoi postal, car selon l'art. 10 de l'annexe A de la convention relative à la structure tarifaire RBP V, elle ne peut explicitement être fournie et facturée que dans les pharmacies d'officine³.

³ La convention relative à la structure tarifaire RBP V prime sur les conventions tarifaires RBP V conclues.

Par conséquent, les positions tarifaires suivantes peuvent être décomptées dans le canal du commerce d'envoi postal:

Chiffre tarifaire	Désignation de la prestation
3000.00	Validation de sécurité médicament (nouveau médicament / catégorie de remise A)
3001.00	Validation de sécurité médicament (nouveau médicament / catégorie de remise B)
3002.00	Validation de sécurité médicament (médicament existant / catégorie de remise A)
3003.00	Validation de sécurité médicament (médicament existant / catégorie de remise B)
3004.00	Validation de sécurité patient
3005.00	Validation de sécurité patient en institution
3006.00	Nouvelle saisie et actualisation des données patient
3014.00	Substitution
3015.00	Mise sous blister mécanique
3016.00	Mise sous blister mécanique pour patient en institution

Tableau 2: Chiffres tarifaires facturables dans le canal du commerce d'envoi postal

2.3 Précisions spécifiques concernant certains chiffres tarifaires

3001.00 Validation de sécurité médicament (nouveau médicament / catégorie de remise B)

La validation de sécurité nouveau médicament (chiffres tarifaires 3000.00 et 3001.00) est facturée conformément à la convention relative à la structure tarifaire RBP V si, au cours des 365 derniers jours (il ne s'agit pas de l'année civile, car un contrôle en continu est effectué; cela signifie 366 jours et plus avant la date de remise actuelle), aucun médicament soumis à la RBP avec un principe actif du niveau 5 de la classification ATC n'a été retiré par le patient concerné dans la pharmacie émettrice de la facture. La date de retrait est déterminante pour la remise. La règle des 365 jours s'applique même en cas de changement d'assurance-maladie.

3003.00 Validation de sécurité médicament (médicament existant / catégorie de remise B)

S'applique également aux préparations magistrales facturées via le type de tarif 410 et les chiffres tarifaires correspondants 1000, 1010, 1020, 1030 et 1040. Voir aussi tableau 1.

Les règles suivantes s'appliquent à toutes les validations de sécurité médicament:

- La classification selon Swissmedic à la date de remise est déterminante pour l'attribution correcte de la catégorie de remise Swissmedic, et non l'information figurant dans la LS. En cas d'indications contradictoires dans la LS, la catégorie de remise Swissmedic s'applique.
- La validation de sécurité médicament est facturée par médicament / ligne d'ordonnance. Le jour du retrait, la validation de sécurité médicament peut être facturée au maximum une fois par GTIN d'un médicament soumis à la RBP conformément au champ d'application matériel, indépendamment du fait qu'un ou plusieurs fournisseurs de prestations prescripteurs aient prescrit le même médicament.
- Si, en raison des règles d'économicité (art. 5, al. 2 de l'annexe 2 des conventions tarifaires RBP V), deux tailles d'emballages différentes du même médicament sont délivrées, la validation de sécurité médicament ne peut être facturée qu'une seule fois.
- S'il n'y a pas suffisamment d'emballages en stock au moment de la remise, la remise d'un emballage supplémentaire est considérée comme une nouvelle commande de la première remise et non comme un nouveau retrait. Dans ce cas, aucune autre validation de sécurité ne peut être facturée un autre jour.

3004.00 Validation de sécurité patient

Lorsque plusieurs retraits sont effectués le même jour pour le même fournisseur de prestations prescripteur, on considère qu'il s'agit d'un seul retrait. Si la validation de sécurité patient est facturée en relation avec une autre prestation RBP (chiffres tarifaires 3007.00, 3008.00, 3009.00, 3010.00, 3011.00, 3015.00), le code de référence doit obligatoirement être indiqué. Il convient de respecter les directives relatives à la facturation de la validation de sécurité patient pour le chiffre tarifaire correspondant.

3005.00 Validation de sécurité patient en institution

Lorsque plusieurs retraits sont effectués le même jour pour le même fournisseur de prestations prescripteur, on considère qu'il s'agit d'un seul retrait. Si la validation de sécurité patient en institution est facturée en plus de la mise sous blister mécanique pour patient en institution, la mise sous blister (chiffre tarifaire 3016.00) doit être indiquée comme code de référence pour la validation de sécurité patient en institution.

3006.00 Nouvelle saisie et actualisation des données patient

Valable uniquement en cas de remise d'au moins un médicament soumis à la RBP pendant le même retrait, pour autant que le dernier retrait remonte à au moins 366 jours. La présence du patient n'est pas une condition impérative pour la facturation.

3007.00 – 3009.00 Semainier

Pour les positions tarifaires 3007.00, 3008.00 et 3009.00 (semainier), les règles suivantes s'appliquent:

- « Au maximum une fois par semaine » (art. 6, al. 1 de l'annexe A de la convention relative à la structure tarifaire RBP V) implique un contrôle en continu sur la base de sept jours (et non d'une semaine civile).
- La validation de sécurité patient ou patient en institution peut être facturée en sus une fois avec le semainier.

Remarque pour les fournisseurs de prestations: la facturation a lieu de préférence le jour où le patient vient chercher le semainier ou celui où le semainier est livré à l'institution disposant d'une assistance pharmaceutique (uniquement dans des cas isolés justifiés selon l'art. 6, al. 4 et 5 de l'annexe A de la convention relative à la structure tarifaire RBP V).

Exemple: si le patient se procure à la pharmacie un médicament soumis à la RBP (p. ex. Sortis) et vient chercher le semainier le jour même, la facturation de la validation de sécurité patient ou patient en institution peut être effectuée deux fois ce jour-là. Il faut toutefois enregistrer une fois le code de référence du semainier.

3010.00 Remise fractionnée pour prise ambulatoire

Lors de la remise fractionnée pour prise ambulatoire, l'emballage d'origine est ouvert et la quantité qui n'a pas été mise sous blister est conditionnée dans un sachet et étiquetée.

3011.00 Prise sous surveillance

La prise sous surveillance peut être facturée plusieurs fois par jour (p. ex. matin, midi et soir). Cette position tarifaire n'est pas cumulable avec les forfaits méthadone (chiffres tarifaires 3017.00, 3018.00, 3019.00 et 3020.00).

3012.00 Service de garde

Il est recommandé d'indiquer la date et l'heure de la délivrance lors de la saisie de cette position tarifaire pour la transmission de la facture, afin de faciliter le contrôle par les assureurs-maladie et de réduire les demandes de renseignements complémentaires. Les assureurs-maladie sont habilités à vérifier les indications en vertu de l'obligation de documentation.

3013.00 Explications sur l'application

La liste prévue à l'art. 10, al. 2 de l'annexe A de la convention relative à la structure tarifaire RBP V est exhaustive. La position tarifaire ne peut être facturée qu'une seule fois par patient et par médicament, conformément aux critères prévus (ATC-5 pour les médicaments à usage topique, *Index Therapeuticus* [IT] pour les médicaments à inhaler et toutes les injections administrées par le patient lui-même, indépendamment de l'ATC-5 et de l'IT).

3014.00 Substitution

La substitution de médicaments dont la préparation originale ou de référence n'est pas disponible en grand conditionnement est gérée comme suit: le prix public (PP) du petit emballage de la préparation originale ou de référence (le plus grand emballage autorisé et figurant sur la LS, si ≥ 3 tailles d'emballage) est directement comparé au PP du plus grand emballage LS destiné à être remis au patient. Le calcul de la participation aux économies est effectué conformément à l'art. 11, al. 2 de l'annexe A de la convention relative à la structure tarifaire RBP V.

Exemples:

Abilify existe pour chaque dosage enregistré en conditionnement de 28 comprimés.
La participation aux économies résultant de la substitution est calculée comme suit:

		Nombre d'unités du plus grand emballage LS	Montant
Médicament LS original	Abilify 10 mg	28 comprimés	CHF 71.55
Générique LS	Aripiprazole Sandoz 10 mg	98 comprimés	CHF 163.30
Différence PP	CHF 163.30 – 71.55		CHF 91.75
Participation aux économies du pharmacien 40 % de la différence	CHF 91.75 x 0,4		CHF 36.70
Montant total (PP médicament + participation aux économies sans validations de sécurité)	CHF 36.70 + CHF 163.30		CHF 200

Tableau 3: Exemple de substitution Abilify (état: 23.12.2025)

Lacrycon existe exclusivement sous forme d'emballage de 20 doses journalières.
La participation aux économies résultant de la substitution est calculée comme suit:

		Nombre d'unités du plus grand emballage LS	Montant
Médicament LS original	Lacrycon	20 doses journalières	CHF 18.55
Générique LS	Lacri-Vision	90 doses journalières	CHF 42
Différence PP	CHF 42 – 18.55		CHF 23.45
Participation aux économies du pharmacien 40 % de la différence	CHF 23.45 x 0,4		CHF 9.40
Montant total (PP médicament + participation aux économies sans validations de sécurité)	CHF 9.40 + CHF 42		CHF 51.40

Tableau 4: Exemple de substitution Lacrycon (état: 23.12.2025)

3015.00 *Mise sous blister mécanique*

Le critère « simultanément au minimum trois médicaments différents » (art. 12, al. 1 de l'annexe A de la convention relative à la structure tarifaire RBP V) est rempli lorsque les GTIN d'au moins trois médicaments mis sous blister sont facturés sur la même facture que la position tarifaire. Le terme « simultanément » signifie ici par semaine. Si le traitement médicamenteux est adapté et qu'un nouveau médicament est prescrit en marge du réexamen régulier de la mise sous blister, la facturation du petit emballage correspondant est autorisée.

3017.00 – 3018.00 *Forfaits méthadone*

Pour les positions tarifaires 3017.00 et 3018.00, la règle suivante s'applique:

- « 1 x par mois à partir du premier retrait » avec mise en œuvre dans le sens de « en continu tous les 30 jours »

2.4 Aperçu des règles de cumul

Chiffres tarifaire	Désignation de la prestation	Non cumulable avec	Remarques
3005.00	Validation de sécurité patient en institution	3004.00	Facturation au lieu de 3004.00 en cas d'exécution de l'ordonnance sans contact direct avec le patient et de remise à un fournisseur de prestations dans une institution disposant d'une assistance pharmaceutique
3007.00	Semainier (3 à 5 médicaments)	3005.00	Exception: cas particuliers justifiés selon l'art. 6, al. 4 et 5 de l'annexe A de la convention relative à la structure tarifaire RBP V
3008.00	Semainier (6 à 8 médicaments)	3005.00	Exception: cas particuliers justifiés selon l'art. 6, al. 4 et 5 de l'annexe A de la convention relative à la structure tarifaire RBP V
3009.00	Semainier (9 médicaments ou plus)	3005.00	Exception: cas particuliers justifiés selon l'art. 6, al. 4 et 5 de l'annexe A de la convention relative à la structure tarifaire RBP V
3011.00	Prise sous surveillance	3017.00, 3018.00, 3019.00, 3020.00	Non facturable dans le cadre de la prise en charge en cas de prise de la solution de méthadone
3015.00	Mise sous blister mécanique	3007.00, 3008.00, 3009.00	
3016.00	Mise sous blister mécanique pour patient en institution	3007.00, 3008.00, 3009.00	
3017.00	Forfait méthadone (plus de 5 x par semaine)	3011.00	Non cumulable avec la prise sous surveillance
3018.00	Forfait méthadone (1 à 5 x par semaine)	3011.00	Non cumulable avec la prise sous surveillance
3019.00	Forfait méthadone, traitement de courte durée (plus de 5 x par semaine)	3011.00	Non cumulable avec la prise sous surveillance
3020.00	Forfait méthadone, traitement de courte durée (1 à 5 x par semaine)	3011.00	Non cumulable avec la prise sous surveillance

Tableau 5: Aperçu des règles de cumul



3 Indications techniques

3.1 Remarque générale

Les partenaires conventionnels des conventions tarifaires RBP V ont établi que le contenu de la facture serait conforme aux prescriptions du Forum Datenaustausch au moyen des standards XML actuellement en vigueur. Cela vaut en particulier pour le décompte des tarifs, des positions tarifaires, de la TVA, etc. (art. 2, al. 1 et 2 de l'annexe 2 des conventions tarifaires RBP V). Afin de préciser et de garantir une application uniforme, les principales indications sont présentées ci-après, avec des exemples d'application.

3.2 Distinction entre pharmacie d'officine et canal du commerce d'envoi postal pour la facturation / les décomptes

Pour établir des factures dans le canal du commerce d'envoi postal, il faut disposer de l'autorisation cantonale de vente par correspondance. Les pharmaciens qui disposent de cette autorisation demandent à cet effet un numéro de registre des codes-créanciers (n° RCC) séparé avec un Global Location Number (GLN) séparé. Pour ce faire, SASIS AG saisit la valeur de caractéristique « Pharmacie de vente par correspondance » dans la base de données RCC sous la propriété « Type de distribution ». Les prestations RBP V dans le canal du commerce d'envoi postal sont ainsi clairement différenciées.

Les formulaires de demande pour les pharmaciens sont disponibles sous ce lien: <https://www.sasis.ch/sharepoint/public/formulaire-pharmacies.pdf>. Ceux-ci permettent de demander un nouveau n° RCC par type de distribution ou un n° RCC supplémentaire pour le décompte dans le canal du commerce d'envoi postal.

3.3 Arrondi

L'arrondi est effectué selon les prescriptions XML 4.5 ou 5.0 du Forum Datenaustausch.

Les valeurs du point tarifaire (VPT) utilisées pour les calculs dans le standard XML sont les suivantes (TVA de 2,6 % comprise), arrondies à deux chiffres après la virgule:

- CHF 1.44 pour la pharmacie d'officine
- CHF 1.08 pour le canal du commerce d'envoi postal

Pour les fractions d'un emballage de médicaments destinées à la mise sous blister mécanique, la valeur de la ligne est arrondie mathématiquement (et donc pas de façon commerciale, c.-à-d. à 5 centimes près) à deux chiffres après la virgule.

3.4 Transmission d'informations supplémentaires

La transmission d'informations supplémentaires est impérative pour l'attribution et le décompte corrects des positions tarifaires RBP V.

Code de référence

Le code de référence est un code spécifique (p. ex. GTIN du médicament ou chiffre tarifaire) utilisé dans la facturation électronique. Il sert à identifier précisément une prestation qui a été fournie à un patient et à la référencer clairement dans le système de décompte. Cela simplifie et standardise le décompte entre les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie. L'objectif du code de référence est en premier lieu le traitement correct et efficace des paiements ainsi que le contrôle administratif et le règlement des prestations selon la LAMal.

Service Attribute et Regulation Attribute

Le « Service Attribute » et le « Regulation Attribute » sont des champs d'identification spécifiques (Attributes) au sein de la structure de données XML qui contiennent des informations supplémentaires sur le statut ou les caractéristiques en lien avec des positions de facturation ou des jeux de données de prestations individuels. La définition des différents Bits et Attributes se trouve dans le schéma XML et dans les instructions techniques relatives à l'échange électronique de données selon le Forum Datenaustausch. Dans la RBP V, les médicaments pris en charge dans des cas particuliers selon les art. 71a à 71c OAMal doivent être identifiés soit avec le Service Attribute Bit3 (drugOffLabelUse, code 102), soit avec le Regulation Attribute Bit10 (code 109).

Le Service Attribute et le Regulation Attribute doivent être indiqués sur la ligne de position du médicament. Pour chaque validation de sécurité médicament, il convient d'indiquer comme code de référence le chiffre tarifaire du médicament selon les art. 71a à 71c OAMal.

Le tableau ci-dessous donne une vue d'ensemble des informations supplémentaires nécessaires à transmettre lors de la facturation:



Chiffre tarifaire	Désignation de la prestation	Code de référence	Contenu du code de référence
3000.00	Validation de sécurité médicament (nouveau médicament / catégorie de remise A)	Oui	GTIN du médicament
3001.00	Validation de sécurité médicament (nouveau médicament / catégorie de remise B)	Oui	GTIN du médicament
3002.00	Validation de sécurité médicament (médicament existant / catégorie de remise A)	Oui	GTIN du médicament
3003.00	Validation de sécurité médicament (médicament existant / catégorie de remise B)	Oui	GTIN du médicament ou chiffre tarifaire 1000-1040 du type de tarif 410
3004.00	Validation de sécurité patient	Oui, si la facturation ne se rapporte pas à un médicament, mais à une position tarifaire RBP V	Chiffres tarifaires RBP V concernés
3005.00	Validation de sécurité patient en institution	Oui, si facturation selon 3016.00	Chiffre tarifaire 3016.00
3006.00	Nouvelle saisie et actualisation des données patient	Non	
3007.00	Semainier (3 � 5 médicaments)	Non	
3008.00	Semainier (6 � 8 médicaments)	Non	
3009.00	Semainier (9 médicaments ou plus)	Non	
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	Oui	GTIN du médicament avec explications sur l'application
3014.00	Substitution	Oui	GTIN de la préparation originale ou de la préparation de référence comme code de référence pour le générique ou le biosimilaire; GTIN du biosimilaire ou du générique comme code de référence pour la substitution
3015.00	Mise sous blister mécanique	Non	
3016.00	Mise sous blister mécanique pour patient en institution	Non	
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 5 x par semaine)	Non	
3020.00	Forfait méthadone, traitement de courte durée (1 à 5 x par semaine)	Non	

Tableau 6: Vue d'ensemble des informations supplémentaires pour la facturation

3.4.1 Exemples

P. ex. code de référence pour 3004.00 Validation de sécurité patient en relation avec un autre chiffre tarifaire RBP V (p. ex. 3007.00, 3008.00, 3009.00, 3010.00, 3011.00, 3015.00).

3.5 Substitution

Le décompte de la participation aux économies résultant d'une substitution s'effectue de manière analogue à la RBP IV/1. Pour la vérification par les assureurs-maladie, il convient de saisir le GTIN de la préparation originale au moyen d'un code de référence en cas de substitution par un générique et, en cas de substitution par un biosimilaire, le GTIN de la préparation de référence. Il se peut que les assureurs ne traitent pas la transmission du code GENGRP20. Tant que les GTIN sont fournis comme codes de référence conformément aux prescriptions du Forum Datenaustausch, ils permettent de déterminer le statut (générique, biosimilaire) et le principe actif ou le code ATC et donc de vérifier techniquement s'ils ont déjà fait l'objet d'une substitution.

3.6 Facturation des comprimés à l'unité en cas de mise sous blister mécanique

Les assureurs-maladie sont tenus de transmettre à l'Institution commune les informations requises en vertu de la LAMal et de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCOR). Il s'agit notamment du GTIN et du nombre d'emballages par médicament de la LS selon l'art. 6, al. 1, let. f OCOR. Le contenu de la facture ainsi que le décompte des tarifs, des positions tarifaires, de la TVA, etc. doivent, conformément à l'art. 2 de l'annexe 2 des conventions tarifaires RBP V, être effectués selon le standard XML du Forum Datenaustausch, qui prévoit la facturation des comprimés à l'unité avec remises en quantités fractionnées. Le contrôle des prix ne peut se faire qu'à partir des informations relatives à la fraction du plus grand emballage d'original de la LS (selon l'art. 12 de l'annexe A de la convention relative à la structure tarifaire RBP V).

3.6.1 Exemples

Les médicaments suivants sont prescrits pendant 7 jours:

Lorazépam axapharm 1 mg 0-1-0-1; Amlodipin-Valsartan-HCT-Mepha 5/160/12,5 mg 1-0-0-0; Atorvastatin
Ezetimib Zentiva 40/10 mg 0-0-1-0

Type de tarif	Chiffre tarifaire	Désignation	Nombre	Code de référence	PP [CHF]	PT	VPT, TVA incluse [CHF]	Montant [CHF]
402	7680699470020	Lorazépam axapharm cpr 1 mg boîte 50 pce	0.28		13.40			3.75 ²
570	3003.00	Validation de sécurité médicament (médicament existant / catégorie de remise B) ¹	1	7680699470020		1.44	1.44	2.07
402	7680658900094	Amlodipin-Valsartan-HCT-Mepha cpr pell 5/160/12,5 mg 100 pce	0.07		66.40			4.65 ²
570	3003.00	Validation de sécurité médicament (médicament existant / catégorie de remise B) ¹	1	7680658900094		1.44	1.44	2.07
402	7680681910060	Atorvastatin Ezetimib Zentiva cpr 40/10 mg 90 pce	0.08		81.90			6.37 ²
570	3003.00	Validation de sécurité médicament (médicament existant / catégorie de remise B) ¹	1	7680681910060		1.44	1.44	2.07
570	3015.00	Mise sous blister mécanique	7			1.05	1.44	10.58
570	3004.00	Validation de sécurité patient	1	3015.00		2.75	1.44	3.96
Montant								35.53
Montant total								35.55

¹ Nouvelle facturation après 90 jours

² Arrondi mathématiquement à deux chiffres après la virgule au niveau de la ligne

Tableau 7: Exemples de facturation des comprimés à l'unité en cas de mise sous blister mécanique
( tat: 23.12.2025)

Sur le modèle du semainier, la facturation doit par exemple être effectuée une fois par semaine.

4 Glossaire

Emballage d'origine

Par emballage d'origine, on entend généralement le plus petit emballage de médicaments de la LS disponible dans le commerce.

Médicament soumis à la RBP

Selon l'art. 3, al. 2 de la convention relative à la structure tarifaire RBP V, sont considérés comme des médicaments soumis à la RBP les produits de la LS des catégories de remise A et B de Swissmedic, les préparations magistrales selon la LMT ainsi que les médicaments selon les art. 71a, 71b et 71c OAMal avec une garantie de prise en charge des coûts valable. La validation s'applique par analogie aux médicaments qui, conformément à l'art. 69b OAMal, sont remplacés par un médicament étranger en cas d'indisponibilité, pour autant qu'il s'agisse d'un remplacement d'un médicament de la LS, catégorie de remise A ou B de Swissmedic.

Médicament

Dans ce cas, le terme « médicament » ne signifie pas au sens strict « médicament soumis à la RBP », mais englobe tous les médicaments de la LS (p. ex. également les médicaments de la catégorie de remise D de Swissmedic).

Règle des 365 jours

La règle des 365 jours est comprise et contrôlée comme suit: si 366 jours ou plus se sont écoulés entre le dernier retrait et le retrait actuel d'un médicament soumis à la RBP, la nouvelle saisie et l'actualisation des données patient ainsi que les validations de sécurité médicament (nouveau médicament / catégorie de remise A ou B) peuvent être facturées.

Exception: pour les préparations magistrales selon la LMT, seule la validation de sécurité médicament (médicament existant / catégorie de remise B) est facturée, même si l'attribution à une catégorie de remise Swissmedic peut être effectuée sans ambiguïté et que l'historique de remise est traçable dans le système POS.

Patient en institution

Est considéré comme patient en institution tout patient bénéficiant d'une prise en charge stationnaire dans un établissement médico-social. L'institution dispose d'une autorisation cantonale de fournisseur de prestations selon l'art. 39, al. 3 LAMal et fournit des prestations selon l'art. 7, al. 1, let. c de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Ne sont pas considérés comme des patients en institution les patients pris en charge par des infirmières et infirmiers au sens de l'art. 49 OAMal ainsi que par des organisations de soins et d'aide à domicile au sens de l'art. 51 OAMal. De même, les patients domiciliés dans un établissement médico-social aux fins d'habitat protégé qui ne perçoivent aucune prestation selon l'art. 7, al. 1, let. c OPAS ne sont pas considérés comme des patients en institution.