

Convention relative à la structure tarifaire RBP IV/1

du 1^{er} janvier 2016 concernant

la structure tarifaire des prestations du pharmacien (RBP IV/1) (art. 43 al. 5 LAMal)

entre les partenaires tarifaires suivants:

- a) **Société Suisse des Pharmaciens (pharmaSuisse),**
Stationsstrasse 12, 3097 Berne-Liebefeld,

pharmaSuisse

- b) **santésuisse – Les assureurs-maladie suisses,**
Römerstrasse 20, 4502 Soleure,

santésuisse

et

- c) **curafutura – Les assureurs-maladie innovants,**
Gutenbergstrasse 14, 3011 Berne,

curafutura

Préambule

¹ santésuisse et pharmaSuisse ont conclu les 10/16 mars 2009 une convention sur la rémunération basée sur les prestations (RBP IV). Cette dernière comportait des éléments concernant la structure et la qualité, mais aussi des modalités de tarification, de facturation et de surveillance.

² La RBP IV est remplacée par plusieurs nouvelles conventions. En même temps que la présente convention relative à la structure tarifaire selon l'art. 43 al. 5 LAMal, les partenaires tarifaires signent une convention tarifaire selon l'art. 46 LAMal. La RBP IV échoit au 31 décembre 2015 suite à la signature de la présente convention relative à la structure tarifaire.

³ Les parties à la convention prévoient de redéfinir la rémunération de la distribution et des prestations dès que les conditions légales nécessaires seront réunies. Ces nouvelles dispositions (RBP V) remplaceront entre autres la présente convention.

Art. 1 Structure tarifaire

Les trois partenaires tarifaires mentionnés plus haut conviennent d'appliquer la structure tarifaire définie en annexe A aux prestations fournies par le pharmacien en vertu de la LAMal.

Art. 2 Champ d'application

¹ La convention relative à la structure tarifaire s'applique à l'ensemble du territoire suisse.

² La structure tarifaire s'applique aux prestations fournies par le pharmacien en vertu de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).

Art. 3 Objectifs généraux

¹ Les parties à la convention s'engagent à encourager la responsabilité personnelle en matière de consommation de médicaments, à optimiser les rapports coûts/utilité lors de la prescription et de la dispensation de médicaments et à améliorer durablement l'observance thérapeutique.

² Les parties à la convention défendent publiquement les objectifs et la mise en application de la présente convention relative à la structure tarifaire et se concertent au préalable si possible sur le contenu de leurs déclarations dans le but de fournir des informations transparentes et cohérentes. Les parties à la convention utilisent dans la mesure du possible les outils de communication disponibles en respect des dispositions de la loi fédérale contre la concurrence déloyale (LCD).

Art. 4 Entrée en vigueur, durée et résiliation

¹ La structure tarifaire entre en vigueur au 1^{er} janvier 2016 – sous réserve de son approbation par le Conseil fédéral en vertu de l'art. 43 al. 5 LAMal.

² La structure tarifaire est conclue pour une durée indéterminée.

³ La structure tarifaire peut être résiliée par chacun des partenaires tarifaires pour la fin de l'année civile moyennant un préavis de six mois, la première fois pour le 31 décembre 2016. Si la résiliation est prononcée par une seule fédération des assureurs-maladie, tous les partenaires à la convention s'engagent à entamer immédiatement de nouvelles négociations. Si aucun accord ne peut être trouvé pendant le délai de préavis, la convention existante reste en vigueur jusqu'à l'élaboration d'une nouvelle convention, mais au maximum pendant une année supplémentaire. La résiliation doit être adressée par écrit aux autres partenaires tarifaires. L'Office fédéral de la santé publique doit être informé en conséquence.

Art. 5 Convention relative à la garantie de la qualité

Sur la base de l'art. 58 LAMal, de l'art. 59 al. 3 let. c LAMal et de l'art. 77 OAMal, les parties concluent une convention relative à la garantie de la qualité (annexe B) valable sur l'ensemble du territoire suisse. Elle s'applique à l'ensemble des prestations fournies selon l'art. 2 al. 2.

Art. 6 Fonds de qualité et de recherche

Les parties gèrent un Fonds de qualité et de recherche (voir annexe C). La fortune du Fonds permet de financer des projets de qualité fixés paritairement (p.ex. cercles de qualité interdisciplinaires) ou des études touchant à l'approvisionnement en soins (p.ex. compliance, nouvelles prestations).

Art. 7 Éléments de la convention

Les annexes suivantes font partie intégrante de la présente convention:

- Annexe A Structure tarifaire
- Annexe B Convention relative à la garantie de la qualité
- Annexe C Règlement du Fonds de qualité et de recherche

Art. 8 Dispositions finales

¹ La présente convention est établie et signée en quatre exemplaires. Le Conseil fédéral et les partenaires tarifaires en reçoivent chacun un exemplaire.

² La présente convention ainsi que toutes les annexes sont traduites en français. D'un point de vue juridique, seul le texte allemand fait foi.

³ pharmaSuisse s'occupe de la procédure d'approbation par le Conseil fédéral. Après signature de la présente convention relative à la structure tarifaire, pharmaSuisse consulte au préalable les organisations de patients, informe les partenaires des résultats obtenus et prononce ensuite la conclusion de la convention relative à la structure tarifaire (art. 43 al. 4 LAMal).

⁴ Ni les partenaires tarifaires dans leur globalité ni les fédérations des assureurs-maladie ne constituent entre eux une société simple sur la base de la présente convention.

* * * * *

Traduction de la version allemande, qui fait foi, signée le 30.6.2015/ 1.7.2015/ 6.7.2015 par les partenaires tarifaires.

Berne-Liebefeld, le

pharmaSuisse

sans signatures

Fabian Vaucher
Président

PD D^r Marcel Mesnil
Secrétaire général

Soleure, le

santésuisse – Les assureurs-maladie suisses

sans signatures

Heinz Brand
Président

Verena Nold
Directrice

Berne, le

curafutura – Les assureurs-maladie innovants

sans signatures

D^r Ignazio Cassis
Président

Pius Zängerle
Directeur

ANNEXE A: STRUCTURE TARIFAIRE

Article 1

Les prestations pharmaceutiques de base fournies par les pharmaciens dans le cadre de la LAMal et conformément à l'art. 4a al. 1 let. a, b, c et d de l'OPAS sont rémunérées d'après les positions tarifaires suivantes:

a) Validation médicament	4 points tarifaires	Code: tarif 570, chiffre 1000.00
b) Validation traitements	3 points tarifaires	Code: tarif 570, chiffre 1020.00
c) Service d'urgence	16 points tarifaires	Code: tarif 570, chiffre 2000.00
d) Prise sous surveillance à la pharmacie	10 points tarifaires	Code: tarif 570, chiffre 2020.00
e) Remise fractionnée pour prise ambulatoire	5 points tarifaires	Code: tarif 570, chiffre 2025.00
f) Substitution	20 points tarifaires	ou 40% de la différence de prix selon art. 8 de la présente annexe Code: tarif 570, chiffre 2030.00
g) Semainier	20 points tarifaires	Code: tarif 570, chiffre 2040.00
Semainier consécutivement à l'entretien de polymédication	20 points tarifaires	Code: tarif 570, chiffre 2045.00
h) Forfait méthadone > 5 x / semaine	CHF 310.--	Code: tarif 570, chiffre 2060.00
i) Forfait méthadone 1 à 5 x / semaine	CHF 195.--	Code: tarif 570, chiffre 2050.00
j) Forfait méthadone, traitement de courte durée > 5 x / semaine	CHF 160.--	Code: tarif 570, chiffre 2080.00
k) Forfait méthadone, traitement de courte durée 1 à 5 x / semaine	CHF 100.--	Code: tarif 570, chiffre 2070.00
l) Entretien de polymédication	45 points tarifaires	Code: tarif 570, chiffre 2090.00

Article 2: Validation médicament (4 PT)

- 1) La validation médicament couvre les prestations suivantes du pharmacien:
 - 1.1 Vérification de l'ordonnance
 - 1.2 Vérification de l'admissibilité des renouvellements
 - 1.3 Vérification de la posologie et des limitations éventuelles de quantité au sein de l'ordonnance
 - 1.4 Contrôle des interactions au sein de l'ordonnance
 - 1.5 Contrôle des facteurs de risque et des contre-indications (connues du pharmacien)
 - 1.6 Prise de contact avec le médecin traitant (si médicalement requis ou souhaité par le patient)
 - 1.7 Contrôle des abus au sein de l'ordonnance

1.8 Conseils au patient:

- a) Chercher notamment à savoir s'il connaît la posologie, la durée du traitement et le moment idéal pour la prise des médicaments; indication écrite des doses prescrites
- b) Instructions d'emploi: vérification des besoins du patient et transmission des instructions nécessaires lors de la dispensation
- c) Indications sur la durée du traitement en soulignant l'importance de ne pas l'interrompre
- d) Indications sur les prescriptions d'utilisation et de conservation
- e) Information au patient sur les effets indésirables possibles ou potentiels
- f) Vérification des besoins individuels du patient en matière d'information

1.9 Choix économiquement optimal de la taille d'emballage en fonction des posologies prescrites

1.10 Dispensation au patient selon l'urgence, modification de la prescription dans les cas urgents

- 2) Le tarif pour la validation médicament est prélevé par ligne d'ordonnance. Est considéré comme ligne chaque poste figurant sur la facture, selon la spécialité et la taille d'emballage, pour chaque date de remise. Si le pharmacien n'a pas suffisamment d'emballages en stock et s'il ne peut, pour cette raison, délivrer les emballages restants que plus tard, la ligne ne peut être facturée qu'une seule fois.

Article 3: Validation traitements (3 PT)

- 1) La validation traitements couvre les prestations suivantes du pharmacien:

1.0 Ouverture d'un nouveau dossier (nouveau client)

1.1 Historique de la médication

1.2 Tenue du dossier-patient

1.3 Vérification des éventuels effets cumulatifs entre médicaments, selon la connaissance actuelle de l'état du patient et compte tenu de l'automédication

1.4 Contrôle des interactions sur la base du dossier pharmaceutique

1.5 Vérification des limitations éventuelles de quantité au sein du dossier

1.6 Contrôle des abus au sein du dossier

- 2) La validation traitements est facturée en particulier pour la tenue du dossier-patient et pour son interprétation. Elle peut uniquement être facturée une fois par patient et par fournisseur de prestations par jour. La validation traitements n'est facturée qu'une seule fois en cas de dispensations multiples le même jour sur la base d'ordonnances du même fournisseur de prestations. Si le pharmacien n'a pas suffisamment d'emballages en stock et s'il ne peut, pour cette raison, délivrer les emballages restants que plus tard, cette position tarifaire ne peut être facturée qu'une seule fois.

Article 4: Service d'urgence (16 PT)

Cette position tarifaire couvre toutes les charges supplémentaires des pharmaciens conformément à l'art. 4a al. 1 let. b OPAS lors de l'exécution de l'ordonnance médicale en dehors des heures d'ouverture habituelles pour les pharmacies de service en cas d'urgence. Les conditions suivantes s'appliquent:

- a) Le médicament concerné par l'urgence doit être immédiatement disponible pour le traitement et doit être remis par une pharmacie inscrite au service de nuit en dehors des heures d'ouverture locales habituelles.
- b) Le pharmacien doit mentionner le moment de la remise sur l'ordonnance ou doit le documenter de façon appropriée.
- c) Ce supplément ne peut être facturé qu'une seule fois par visite de la pharmacie d'urgence (pas de facturation par ligne d'ordonnance).

Article 5: Prise sous surveillance (10 PT)

- 1) La prise d'un médicament sous surveillance à la pharmacie doit être explicitement mentionnée sur l'ordonnance du médecin.
- 2) Cette position tarifaire rémunère les charges supplémentaires du pharmacien conformément à l'art. 4a al. 1 let. d OPAS, lorsque le médecin ordonne la prise d'un ou de plusieurs médicaments sous surveillance à la pharmacie.
- 3) La position tarifaire «Validation médicaments» ne peut être facturée qu'une seule fois par emballage.
- 4) La rémunération du traitement de substitution à la solution de méthadone fait l'objet d'une disposition particulière à l'article 9. Le tarif de prise sous surveillance est déjà compris dans le forfait méthadone pour tous les médicaments qui doivent être pris en même temps que la solution de méthadone.

Article 6: Remise fractionnée pour prise ambulatoire (5 PT)

- 1) La remise fractionnée pour prise ambulatoire doit être explicitement mentionnée sur l'ordonnance du médecin.
- 2) Cette position tarifaire rémunère les charges supplémentaires du pharmacien conformément à l'art. 4a al. 1 let. d OPAS, lorsque le médecin ordonne la remise fractionnée d'un ou de plusieurs emballages pour prise ambulatoire jusqu'à une fois par jour.
- 3) La position tarifaire «Validation médicament» ne peut être facturée qu'une seule fois par emballage.
- 4) La rémunération du traitement de substitution à la solution de méthadone fait l'objet d'une disposition particulière à l'article 9.

Article 7: Semainier (20 PT)

- 1) Sur prescription du médecin, cette position tarifaire pour assistance par un système de semainier peut être facturée au maximum une fois par semaine aux patients qui prennent au minimum trois différentes spécialités dans la même semaine.

- 2) Dans le cadre de l'art. 10 «Entretien de polymédication», cette prestation peut être fournie pendant trois mois au maximum sur ordre du pharmacien et avec l'accord du patient (consécutivement à l'entretien de polymédication, à savoir deux fois par an au maximum).
- 3) Les coûts du semainier selon l'art. 7 de l'annexe 1 ne sont pas pris en charge lors de la dispensation de médicaments à une personne assurée qui prend ses médicaments sous la surveillance d'un autre fournisseur de prestations (hôpital, EMS, services de soins à domicile, etc.).

Article 8: Substitution

Le surcroît de travail du pharmacien relatif à la substitution est rémunéré comme décrit ci-dessous. En fonction des économies directement réalisées, cette position tarifaire n'est toutefois pas entièrement facturée. Les conditions suivantes s'appliquent:

- 1) La substitution est rémunérée par 20 points tarifaires.
- 2) Les prestations suivantes du pharmacien sont ainsi rémunérées:
 - Proposition d'un générique et obtention de l'adhésion du patient
 - Sélection du générique qui convient le mieux au patient
 - Mention de la substitution sur l'ordonnance
 - Documentation de la substitution dans le dossier-patient
 - Information au médecin traitant
 - Documentation de la substitution sur la facture
- 3) La différence entre le prix LS de la préparation originale/du générique prescrit et du générique remis est déterminante pour la facturation de cette prestation.
- 4) Lorsque cette différence est inférieure à 50 points tarifaires, le pharmacien ne peut pas facturer la substitution selon l'alinéa 1, mais doit inscrire une position «Participation à l'économie». Le 40% de la différence de prix revient au pharmacien et le 60% reste au bénéfice de l'assureur.
- 5) En cas de prescription d'un grand emballage pour instaurer un traitement, le pharmacien remettra d'abord un petit emballage conformément aux «Bonnes pratiques de remise». En cas de substitution, le pharmacien peut facturer la position «Participation aux économies» lors de la remise du petit emballage et lors de la remise du premier grand emballage consécutif.
- 6) La position tarifaire n'est accordée que lors de la première substitution et non lors de répétitions ou de remises ultérieures de ce médicament.
- 7) La substitution n'est pas facturée si le médecin prescrit le principe actif ou s'il confie explicitement la substitution au pharmacien (mention «aut idem» ou «aut genericum»).

Article 9: Forfaits méthadone (produits finis exclus)

- 1) Si une thérapie de substitution à la solution de méthadone a été prescrite par un médecin, les prestations du pharmacien, remise sous surveillance incluse, sont rémunérées conformément aux tarifs mensuels suivants:

Prise sous surveillance et sur prescription du médecin plus de 5 x par semaine	CHF 310.-- par mois, TVA incluse
Prise sous surveillance et sur prescription du médecin 1 à 5 x par semaine	CHF 195.-- par mois, TVA incluse
- 2) Les positions tarifaires susmentionnées comprennent toutes les prestations fournies et tous les produits mis à disposition par le pharmacien en rapport avec la prise de méthadone sous surveillance (notamment solution mère fabriquée, moyens et appareils utilisés prestations du pharmacien, taxe de contrôle des stupéfiants selon LMT, etc.). Elles ne peuvent être facturées qu'une fois par mois au maximum pour chaque patient.
- 3) Les tarifs suivants s'appliquent en cas de traitement de courte durée:

Forfait méthadone, traitement de courte durée: prise sous surveillance > 5 x par semaine, durée: 1 à 15 jours: CHF 160.00, TVA incluse
Forfait méthadone, traitement de courte durée: prise sous surveillance = < 5 par semaine, durée: 1 à 15 jours: CHF 100.00, TVA incluse
- 4) Les forfaits méthadone resp. les forfaits méthadone pour traitement de courte durée sont valables 30 jours pour les al. 1 et 2, resp. 15 jours pour l'al. 3 à compter de la date de la première dispensation.

Article 10: Entretien de polymédication (45 PT; au max. deux fois par an)

- 1) Le pharmacien peut proposer un «entretien de polymédication» aux patients qui doivent prendre simultanément, sur prescription médicale, au moins quatre différents médicaments à effet systémique sur une longue période (d'au moins trois mois). Le pharmacien doit préalablement disposer de l'accord du patient.
- 2) La prestation comprend les éléments suivants:
 - Le patient reçoit des explications sur l'ensemble de son traitement médicamenteux, en respect de la discrétion vis-à-vis de tierces personnes.
 - Un protocole est rempli avec le patient; il précise la posologie, la fréquence de prise et d'autres recommandations importantes pour chaque médicament.
 - La motivation, les impressions et les difficultés du patient sont examinées et consignées pour chaque médicament.
 - Le patient est informé des possibles effets indésirables et interactions des médicaments.
 - Les objectifs de compliance sont formulés avec le patient, puis retenus dans le protocole. Le patient et le pharmacien signent le protocole pour confirmer que la prestation a effectivement été fournie. Le patient reçoit une copie du protocole.
 - Suivant le résultat de l'entretien, le pharmacien a la possibilité, en accord avec le patient, de remettre un semainier (selon art. 7) pour trois mois au maximum.
- 3) L'entretien de polymédication ne peut être facturé que tous les six mois au maximum, à savoir deux fois par an au maximum.
- 4) Cette prestation doit être fournie par un pharmacien.

ANNEXE B: CONVENTION RELATIVE A LA GARANTIE DE LA QUALITÉ

Article 1: Préambule

Par la présente convention, les partenaires tarifaires appliquent les exigences légales en matière de qualité conformément aux art. 56 et 58 LAMal, à l'art. 77 OAMal et à l'art. 4a OPAS:

- 1) Les partenaires tarifaires fixent par la présente les indices de mesure et leur niveau devant être atteint, les modalités de contrôle des seuils à atteindre et les sanctions en cas de non-respect, de même que le financement du système de garantie de la qualité.
- 2) Les partenaires tarifaires constituent une Commission paritaire de qualité dont le secrétariat est assuré par pharmaSuisse. La mission et le règlement de cette Commission de qualité sont retenus dans un avenant à la présente annexe.
- 3) Lors de la conclusion de conventions tarifaires avec d'autres participants au marché des médicaments, santésuisse et curafutura veillent également à appliquer des mesures d'assurance de la qualité.

Article 2: Programme de qualité et indices de mesure

- 1) Les indices qui doivent être mesurés d'après la présente convention sont les suivants:

Domaine d'indices 1: validation de l'ordonnance

- a) Identification de l'ordonnance
- b) Evaluation des risques
- c) Décision de validation de l'ordonnance
- d) Commentaire de l'ordonnance
- e) Terme du dialogue et mesures de suivi
- f) Critères d'environnement (système informatique, organisation «back office», matériel de démonstration, utilisation du matériel de démonstration)

Domaine d'indices 2: évaluation des risques, problèmes et erreurs lors de la validation des ordonnances médicales

- a) Documentation des activités
- b) Dossiers-patients

Domaine d'indices 3: substitution par des génériques

- a) Organisation des génériques en «back office» (gestion du stock)
- b) Application des directives internes à l'entreprise en matière de substitution par des génériques

- 2) Les indices définis dans le présent article s'appliquent lors de l'évaluation à toutes les pharmacies conventionnées en respect du principe de l'égalité de traitement.

Article 3: Adaptation des indices de mesure

D'un commun accord, les partenaires tarifaires peuvent à tout moment adapter ou compléter les indices mentionnés dans l'article 2 ci-dessus sur proposition de la Commission de qualité. Elles fixent un délai raisonnable pour la mise en application des adaptations. pharmaSuisse doit impérativement communiquer les éventuelles modifications par écrit à tous les pharmaciens conventionnés.

Article 4: Déroulement de l'évaluation et attestation des résultats

- 1) Toutes les pharmacies qui font mesurer les indices définis dans l'article 2 ci-dessus dans le cadre de leur programme QMS envoient leur rapport concernant les indices mesurés sous forme électronique au secrétariat de la Commission paritaire de qualité (art. 1 al. 2). La Commission de qualité peut également ordonner des contrôles aléatoires et/ou des Mystery Shopping à la charge des pharmacies.
- 2) La Commission de qualité désigne tous les ans un groupe de pharmacies pour lesquelles un rapport concernant les indices mesurés doit être établi.

pharmaSuisse organise le financement de la saisie des données provenant de ses pharmacies membres. Les pharmacies conventionnées qui ne sont pas membres de pharmaSuisse assument les coûts liés à la saisie de leurs données.
- 3) Les résultats des évaluations qu'il a été convenu d'effectuer doivent être présentés annuellement, par paramètre et pharmacie, au secrétariat de la Commission paritaire de qualité sans que ce dernier doive en faire la demande.
- 4) La consultation du dossier par les membres de la commission de qualité a généralement lieu sous forme anonymisée. Les membres de la Commission de qualité peuvent consulter les données non anonymisées du pharmacien dans chaque cas d'espèce qui relève de la CPA.

Article 5: Mesures et sanctions

- 1) Le pharmacien est informé en cas de résultat insuffisant à un test de qualité. Il est tenu de prendre des mesures correctives et devra ensuite se soumettre à un deuxième test à ses propres frais.
- 2) Les pharmaciens qui ne respectent pas les mesures de qualité de façon répétée sont signalés à la Commission paritaire arbitrale (CPA) sous une forme non anonyme. La CPA peut recommander aux fédérations des assureurs-maladie et aux assureurs de demander au tribunal arbitral de prononcer des sanctions en vertu de l'art. 59 LAMal.

Article 6: Financement

- 1) La qualité des prestations et l'attestation de leur qualité font partie intégrante de la prestation selon la présente convention.
- 2) Le financement de mandats additionnels convenus en commun sera réglé au cas par cas.
- 3) Les coûts des évaluations à l'échelon supérieur telles que les évaluations de données sont répartis équitablement entre les fédérations des assureurs-maladie et pharmaSuisse.

Annexe C RÈGLEMENT DU FONDS DE QUALITÉ ET DE RECHERCHE RBP IV/1

1. Généralités

- 1.1 Le présent règlement repose sur l'art. 6 de la convention relative à la structure tarifaire du 1^{er} janvier 2016. Il définit les droits et les obligations des partenaires tarifaires.
- 1.2 Par le présent règlement, les partenaires tarifaires conviennent de poursuivre le Fonds qui a été constitué et alimenté sur la base de la RBP IV. santésuisse a cédé sa position concernant la RBP IV à tarifsuisse sa en lui transférant publiquement son patrimoine. Les partenaires tarifaires constatent qu'avec l'entrée en vigueur de la convention relative à la structure tarifaire RBP IV/1, tarifsuisse sa s'est engagée à transférer ses droits et obligations concernant le «Fonds paritaire RBP IV» à santésuisse et curafutura. pharmaSuisse, curafutura et santésuisse dégagent donc tarifsuisse sa de toute obligation concernant la RBP IV et poursuivent ensemble le «Fonds paritaire RBP IV» sous la désignation «Fonds de qualité et de recherche».

2. Utilisation du Fonds de qualité et de recherche

- 2.1 Le Fonds est utilisé pour financer des projets visant à améliorer la prise en charge des patients, ainsi que la qualité, la sécurité et l'économicité des traitements médicamenteux. Il est également destiné à financer des études et des projets de recherche qui poursuivent les mêmes objectifs.
- 2.2 Le Fonds sert à financer:
 - les cercles de qualité médecins-pharmaciens paritairement reconnus;
 - des projets-pilotes pour évaluer de nouvelles prestations pharmaceutiques ou de nouvelles formes de collaboration (p.ex. projets pilotes interprofessionnels);
 - des études économiques dans le domaine pharmaceutique;
 - des prestations fournies dans l'intérêt général et qui ne peuvent pas être facturées aux patients, etc.;
 - des études ou des programmes pour contrôler et garantir la qualité de la formation de base et de la formation postgrade.
- 2.3 Les montants disponibles qui n'ont pas été utilisés sont accordés aux payeurs de primes après acquittement des engagements contractés (ch. 6.2 du Règlement).

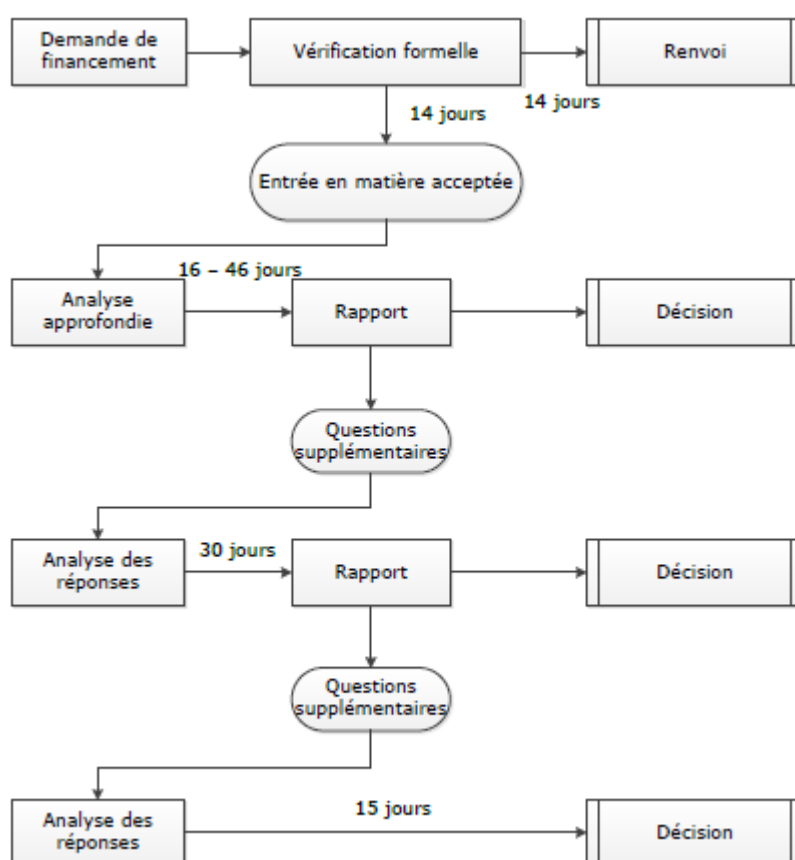
3. Gestion du Fonds de qualité et de recherche

- 3.1 La sélection des activités et des projets financés par le Fonds est confiée à la commission de gestion du Fonds (VKF) qui est constituée de quatre représentants des assureurs (2 pour curafutura et 2 pour santésuisse) et de quatre représentants des pharmaciens. Les trois parties ont chacune une voix commune, quel que soit le nombre de représentants présents. La voix de pharmaSuisse compte cependant double. Pour ces quatre voix (telles que définies), la majorité simple s'applique. Les coûts de la VKF, incluant la rédaction du procès-verbal, sont assumés par les membres.
- 3.2 Les demandes de financement doivent être déposées exclusivement par l'un des partenaires à la convention, à savoir santésuisse, curafutura ou pharmaSuisse. Le

secrétariat (ch. 3.6) désigné par les partenaires à la convention transmet immédiatement les documents entrants à tous les membres de la commission de gestion. Ces derniers doivent évaluer dans un premier temps si la demande correspond aux critères et si un financement ou soutien financier est envisageable (décision formelle). Conformément au processus de décision, le secrétariat fait parvenir dans les 14 jours une première réponse à l'auteur de la demande.

- 3.3 Le processus de décision est défini comme suit:
En cas de décision formelle positive, les membres de la commission de gestion étudient la demande dans le détail et prennent une décision dans les 30 à 60 jours conformément au processus défini dans la Figure 1. Cette décision est ensuite communiquée à l'auteur de la demande dans ce même délai. La décision peut être prise à l'occasion d'une séance ou par voie de circulaire. Elle est retenue dans un formulaire standard avec les documents correspondants. Si des précisions sont nécessaires ou si des documents supplémentaires doivent être obtenus avant de pouvoir prendre une décision, ces derniers sont évalués en l'espace de 30 jours supplémentaires au maximum après réception des documents et des réponses demandées. Il est possible de poser de nouvelles questions pour autant qu'elles concernent les informations supplémentaires qui ont été demandées. D'après le processus, elles doivent être évaluées dans les 15 jours après réception.

Figure 1: Processus de décision



- 3.4 Si la VKF ne parvient pas à une décision ou si les délais définis dans le processus ne peuvent pas être respectés, la commission de gestion demande une évaluation et une décision à l'instance supérieure sur proposition d'au moins deux membres de la commission. Il s'agit en l'occurrence de la séance plénière qui est constituée de représentants de curafutura et santésuisse, ainsi que de représentants de pharmaSuisse. Les représentants de pharmaSuisse ont une voix commune, tout comme les représentants des assureurs. Les décisions doivent être prises à l'unanimité. Si aucun accord interne ne peut être trouvé, il n'est pas possible de prendre de décision.
- 3.5 Le Fonds est géré par un prestataire externe et indépendant qui a été défini en commun et qui tient une comptabilité. Les frais administratifs, les frais d'encaissement et la TVA à verser à l'administration fédérale des contributions sont payés par le Fonds. Tous les ans, un budget est établi pour l'année qui suit. Il est présenté à la VKF et approuvé par cette dernière. Les révisions effectuées régulièrement par des sociétés externes sont également financées par le Fonds. Tous les partenaires à la convention doivent pouvoir consulter à tout moment les comptes.
- 3.6 La gestion du secrétariat est assumée d'un commun accord par l'un des partenaires à la convention. Le secrétariat assume des tâches administratives générales conformément au ch. 3.2 ss. Il transmet notamment les documents aux membres de la commission administrative, envoie une réponse à l'auteur de la demande conformément au processus pour la prise de décision formelle, convoque les séances sur instruction de la VKF, etc. Les frais liés à la gestion du secrétariat sont payés par le Fonds (CHF 120 l'heure hors TVA). Le partenaire à la convention responsable du secrétariat établit tous les ans une facture détaillant toutes les charges. Cette facture doit être présentée à la VKF pour approbation.

4. Livraison des données et encaissement

- 4.1 Les pharmaciens qui appliquent la structure tarifaire RBP IV/1 s'engagent à verser le pourcentage fixé de la ristourne à la caisse-maladie. Dans la déclaration d'adhésion à la convention tarifaire fondée sur la présente structure, il est précisé qu'il s'agit d'une reconnaissance de dettes.
Suivant la fortune du Fonds de qualité et de recherche géré paritairement, son alimentation peut être interrompue ou redémarrée. La décision d'alimenter le Fonds est prise sur la base de la convention tarifaire applicable. La commission administrative tient compte de tous les engagements contractés au moment de prendre ses décisions et garantit leur couverture par le Fonds. La décision d'interrompre ou de redémarrer l'alimentation est prise à la fin d'une année de calendrier et exerce son effet au minimum pendant une ou plusieurs années de calendrier.
- 4.2 Les pharmaciens qui appliquent la structure tarifaire RBP IV/1 s'engagent aussi à transmettre leurs données de facturation à charge de l'assurance obligatoire des soins à la centrale Medicpool paritairement reconnue.
- 4.3 Les systèmes informatiques des pharmaciens concernés doivent être en mesure de livrer ces données à la centrale MedicPool. Selon son choix, le pharmacien peut aussi demander à une autre centrale de données de livrer les données à MedicPool.
- 4.4 Les données mentionnées sous le chiffre 4.3 du présent règlement sont utilisées exclusivement pour les buts définis dans la convention, dont le calcul de la contribution au Fonds en particulier.
- 4.5 A intervalles réguliers (au moins une fois par an, mais de préférence chaque semestre ou chaque trimestre), la facture est envoyée aux pharmaciens qui ont adhéré à la convention.

5. Sanctions

- 5.1 Si une pharmacie qui a adhéré à la convention ne livre aucune donnée ou des données erronées à la centrale, les assureurs fournissent les données de la pharmacie en question pour la période déterminante à la Commission paritaire arbitrale (CPA), afin que cette dernière puisse fixer le montant dû par la pharmacie. L'ensemble des coûts liés au non-respect de la convention et les éventuelles sanctions prononcées par la CPA sont ajoutés au montant dû et facturés au fournisseur de prestations par la VKF.
- 5.2 Si une pharmacie ne livre aucune donnée ou des données erronées à la centrale ou si elle ne verse pas sa contribution au Fonds de qualité et de recherche, la VKF décide dans les trois mois et sur la base de critères objectifs dans quels cas une procédure de sanction devrait être entamée pour non-respect des dispositions de la convention.
- 5.3 La VKF transmet tous les documents pertinents et toutes les preuves à santésuisse et curafutura pour l'ouverture éventuelle d'une procédure de sanction. Elle y joint sa proposition.
- 5.4 Après examen des documents, santésuisse et curafutura décident chacun librement s'ils veulent entamer une procédure de sanction devant le tribunal arbitral et s'ils veulent faire appel à un juriste externe.
- 5.5 Si santésuisse entame une procédure de sanction en vertu de l'art. 59 LAMal, pharmaSuisse assume la moitié des frais externes engendrés (frais de justice, éventuelle indemnité à la partie adverse et honoraire de l'avocat externe). Si santésuisse n'a pas fait appel aux services d'un avocat externe, pharmaSuisse verse à santésuisse un dédommagement forfaitaire de CHF 2000 au maximum par cas. Le reste des coûts est assumé par santésuisse.
- 5.6 Si curafutura entame une procédure de sanction en vertu de l'art. 59 LAMal, pharmaSuisse assume la moitié des frais externes engendrés (frais de justice, éventuelle indemnité à la partie adverse et honoraire de l'avocat externe). Si curafutura n'a pas fait appel aux services d'un avocat externe, pharmaSuisse verse à curafutura un dédommagement forfaitaire de CHF 2000 au maximum par cas. Le reste des coûts est assumé par curafutura.
- 5.7 S'il s'avère que le tribunal arbitral en vertu de l'art. 89 LAMal n'est pas compétent pour évaluer le cas, santésuisse, curafutura et pharmaSuisse décident ensemble s'ils veulent entamer une procédure de droit privée ou quelles autres mesures ils veulent prendre.

6. Dissolution de Fonds de qualité et de recherche

- 6.1 Si le Fonds est dissous ou liquidé, tous les projets approuvés de façon paritaire sont financés par le Fonds conformément à la décision prise. Les versements sont stoppés dès l'instant où le Fonds est épuisé dans l'intervalle (un endettement n'est pas admissible).
- 6.2 Le montant restant après réalisation de tous les projets fixés paritairement est mis paritairement à disposition des assureurs et de pharmaSuisse, déduction faite de tous les coûts directs et indirects en relation avec la gestion et la dissolution du Fonds, et accordés aux payeurs de primes conformément au chiffre 2.3.