

DIPLÔME POSTGRADE EN ECONOMIE ET ADMINISTRATION DE LA SANTE

**Ecole des HEC
Faculté de Médecine
Université de Lausanne
Département de la Santé et de l'Action Sociale
Hospices Cantonaux**

MEMOIRE

**IMPACT DE LA PRESCRIPTION SYSTEMATIQUE DE GENERIQUES ET DES
NOUVEAUX PRIX DES MEDICAMENTS SUR LES COUTS DE PRESCRIPTION
EXTERNE D'UN HOPITAL UNIVERSITAIRE**

par

Shahram SHIMIA

Directeur du mémoire

**Dr Jean-Blaise Wasserfallen, ME, MPP
Médecin associé, Direction médicale du CHUV**

Lausanne
Avril 2004

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	3
1.1 OBJECTIFS DE L'ETUDE :	3
1.2 LES MEDICAMENTS GENERIQUES :	4
1.2.1 De l'original au générique :.....	4
1.2.2 Les limites de la substitution générique:.....	5
1.2.3 Définitions des organes de contrôle :.....	5
1.2.4 Marché potentiel des génériques :	6
1.2.5 Le marché des médicaments génériques en Suisse :	7
1.2.6 Les plus grands fabricants de médicaments génériques en Suisse :.....	7
1.2.7 Les principaux médicaments génériques :	8
1.2.8 Les principaux domaines d'indications :	8
1.2.9 Les principales nouveautés du secteur des génériques:.....	8
1.3 LA SUBSTITUTION GENERIQUE :	9
1.3.1 Base légale :	9
1.3.2 Les critères pour le choix d'un générique :.....	9
1.3.3 Les avantages et inconvénients de la substitution générique :.....	10
1.3.4 Les difficultés politiques de la substitution générique [Adapté de 2]:.....	10
1.4 LA REMUNERATION BASEE SUR LES PRESTATIONS (RBP) :.....	11
1.4.1 Situation avant la RBP : marge basée sur le prix public	11
1.4.2 Structure actuelle: rémunération basée sur les prestations (RBP)	11
1.4.3 Les prestations remboursées par les assureurs :.....	12
1.4.4 Les taxes :.....	12
1.4.5 Facturation des économies résultant de la substitution générique :.....	13
1.4.6 Montant de stabilisation des coûts (MSC) :	13
2. MATERIEL ET METHODE	14
2.1 BASE DE DONNÉES :	14
2.2 ANALYSE :	14
3. RESULTATS	15
3.1 COMPOSITION DE LA BASE DE DONNÉES :	15
3.2 IMPACT D'UNE PRESCRIPTION FORCÉE DE GÉNÉRIQUES :	15
3.3 IMPACT ÉCONOMIQUE DE LA PRESCRIPTION FORCÉE AU TARIF 2000 :.....	17
3.4 IMPACT ÉCONOMIQUE DE LA PRESCRIPTION FORCÉE AU TARIF 2002 :.....	18
3.5 COMPARAISON DES COÛTS EN 2000 ET 2002 :	19
4. DISCUSSION	21
5. CONCLUSION	23
6. BIBLIOGRAPHIE	24
7. ANNEXES	25
ANNEXE 1 : MARGES VARIABLE ET FIXE	25
ANNEXE 2 : MODE DE VENTE DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES	25
ANNEXE 3 : COMPOSITION DU PRIX D'UN MÉDICAMENT	26
ANNEXE 4 : AUTRES TAXES DANS LE RBP	26
ANNEXE 5 : EXEMPLE DE CALCUL DE TAXES.....	27

1. INTRODUCTION

Aujourd'hui, en Suisse comme dans les autres pays occidentaux, les coûts du système de santé croissent de façon préoccupante. Le vieillissement de la population, le progrès technologique, l'augmentation du nombre des pathologies chroniques et dégénératives, ainsi qu'une demande de la population toujours plus forte en matière de soins sont parmi les principaux facteurs responsables de cet accroissement des coûts.

Pour contenir cette croissance des dépenses, les états tentent de trouver des solutions touchant divers aspects du système de santé: nouveaux systèmes d'assurances (type HMO), nouvelles formes organisationnelles (réseaux), numerus clausus et contrôle de la densité médicale, suppression de l'obligation de contracter, planification hospitalière, budget global, médicaments génériques et modification du système de prix des médicaments.

Dans presque tous les pays de l'OCDE, plus de dix pour cent des dépenses totales de santé vont actuellement au secteur des médicaments. En tête de liste figurent la France et l'Italie, où le taux dépasse 20 pour cent. En Suisse, ce taux se situe tout juste à 11 pour cent [1].

Avec l'augmentation constante du prix des nouveaux médicaments mis sur le marché, les médicaments génériques apparaissent comme des alternatives intéressantes. Un médicament générique est la « copie » du médicament original, une fois la protection du brevet éteinte. Ces médicaments ont un prix souvent bien inférieur aux médicaments originaux.

Toutefois, chaque médicament mis sur le marché ne possède pas de médicament générique correspondant, même au terme du brevet. Quoiqu'en constante progression, surtout ces dernières années, le marché du médicament générique n'en demeure pas moins encore faible en Suisse.

Ainsi, bien que la substitution générique ne représente évidemment pas la seule solution à l'augmentation des coûts de la santé, elle représente un moyen parmi d'autres pour contribuer à maîtriser la crise économique du secteur sanitaire en Suisse. Depuis l'entrée en vigueur de la 1^{ère} révision partielle de la Loi sur l'Assurance Maladie (LAMal), le pharmacien est autorisé, sauf remarque contraire du médecin, à remplacer le médicament original par un médicament générique moins coûteux. Le système encourage le pharmacien à fournir des services en faveur de la maîtrise de coûts, notamment à travers la substitution générique. D'autre part, le nouveau système de rémunération basée sur les prestations (RBP) est appliqué depuis juillet 2001 dans le but de réaliser des économies à moyen et long terme.

Des études sur le potentiel d'économie réel que représentent les médicaments génériques et la modification du prix des médicaments sur les coûts globaux de la santé paraissent importantes, à cause du développement médiatique dont ces sujets font l'objet.

1.1 Objectifs de l'étude :

- Evaluer le coût des prescriptions externes réelles du CHUV sur un mois, et le comparer avec le coût théorique d'une prescription maximale de génériques (prescription forcée).
- Calculer le coût de la même prescription au nouveau tarif (RBP), tant en prescription réelle qu'en prescription forcée de génériques.
- Comparer les deux distributions de coût entre elles et entre les 2 systèmes de remboursement.

1.2 Les médicaments génériques :

1.2.1 De l'original au générique :

Un médicament générique est caractérisé par une composition et un dosage identiques du ou des principes actifs, la même forme pharmaceutique, la même voie d'administration et les mêmes indications que le médicament original. En revanche, les composants auxiliaires (remplissage, liaison, rhéologie, dispersion, etc.) peuvent être différents. La plupart d'entre eux n'ont pas besoin d'être déclarés. Le Compendium Suisse des Médicaments contient en annexe une liste des adjuvants fréquemment utilisés. Les excipients n'ont pas de propriétés thérapeutiques mais peuvent influencer de manière importante l'efficacité du médicament (libération, dissolution, absorption,...).

L'Institut Suisse des Médicaments (Swissmedic), ancien Office Inter-Cantonal des Médicaments (OICM), fixe les conditions d'enregistrement des génériques. Il met notamment l'accent sur la preuve d'une bioéquivalence avec la préparation originale enregistrée en Suisse, le médicament de référence. Deux ou plusieurs préparations du marché sont considérées comme bioéquivalentes lorsque, dans les mêmes conditions (in vivo, parfois in vitro dans certains cas particuliers), leur vitesse d'absorption et l'ampleur de celle-ci ne diffèrent que dans des limites acceptables établies au moyen de procédés statistiques dûment définis (-20%/+25%). Les valeurs mesurables comparables sont, par exemple, l'aire sous la courbe du taux plasmatique / temps (AUC, area under the curve, de $t=0$ à $t=\infty$ ou jusqu'à un moment donné), le pic de concentration plasmatique du principe actif C_{pmax} et le délai jusqu'à l'apparition du pic t_{max} .

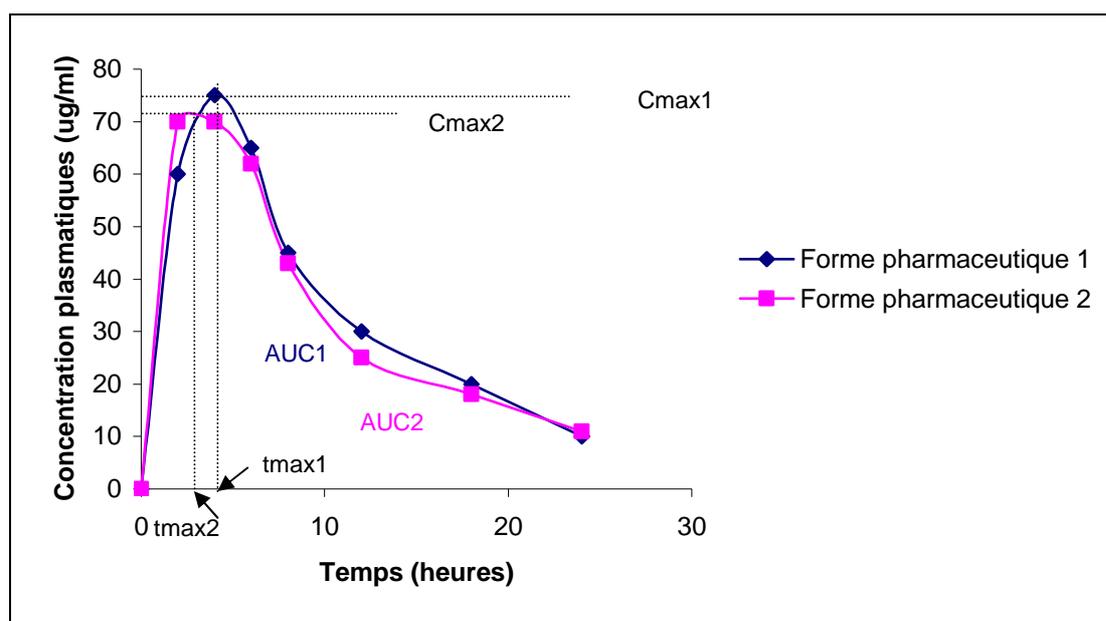


fig.1 : Représentation schématique de la bioéquivalence entre deux formes pharmaceutiques

Les autorités d'enregistrement exigent également que des essais cliniques classiques (phases III et IV) démontrent un profil similaire d'efficacité et de sécurité. Dans le cas de médicaments contenant le même principe actif, cette approche clinique directe est remplacée par la preuve pharmacocinétique indirecte d'une bioéquivalence. Celle-ci repose sur l'hypothèse que lorsque deux formes pharmaceutiques d'un même principe actif obtiennent la même concentration plasmatique de ce principe actif, elles doivent aussi présenter une efficacité et une sécurité comparables. Cette notion de bioéquivalence entre deux ou plusieurs spécialités contenant le ou les mêmes principes actifs présume qu'une relation définie existe entre la concentration plasmatique et l'effet clinique, et qu'un profil correspondant d'efficacité et de sécurité peut se baser sur des taux plasmatiques établis dans le cadre des méthodes statistiques utilisées. Jusqu'ici toutefois, peu de publications démontrent l'existence indubitable d'une relation précise entre la concentration du principe actif (et /ou des métabolites actifs) et son effet thérapeutique et/ou sa sécurité d'emploi.

Une grande partie des principes actifs courants ont une marge thérapeutique assez large, de sorte que les variations individuelles de rapidité et de taux d'absorption n'influencent que peu l'effet thérapeutique. Mais il existe toute une série de principes actifs et de groupe de substances qui peuvent, le cas échéant, en dépit d'une bioéquivalence établie selon des critères imposés, ne pas s'avérer équivalents sur le plan thérapeutique. On trouve dans la littérature un certain nombre de travaux qui signalent un défaut de bioéquivalence ou d'équivalence thérapeutique. De tels rapports sont devenus plus rares, ces dernières années, car les autorités compétentes exigent maintenant que soient appliquées des directives précises quant à la preuve de bioéquivalence en vue de l'enregistrement d'un générique [2].

1.2.2 Les limites de la substitution générique:

Il existe des groupes de substances ou de principes actifs pour lesquels des problèmes d'équivalence thérapeutique peuvent se poser, impliquant qu'un échange ne va pas forcément de soi. Les études de bioéquivalence s'effectuent en général sur des sujets jeunes en bonne santé. Or, la pharmacocinétique des personnes traitées avec le médicament peut être sensiblement différente, ce qui signifie que dans certains cas, l'effet thérapeutique observé peut ne pas correspondre, malgré une bioéquivalence démontrée [2].

Les situations pour lesquels des problèmes de bioéquivalence ou d'équivalence thérapeutique peuvent survenir sont les suivantes [2,3] :

- Les médicaments à marge thérapeutique étroite (anticonvulsivants, digitaliques...)
- Les médicaments à caractéristiques pharmacocinétiques particulières (cinétique non linéaire, inhibiteur enzymatique)
- Les formes pharmaceutiques à risque de non équivalence (aérosols, formes à libération modifiée, topiques...)
- Les substances à fort effet de premier passage (antidépresseurs tricycliques, phénothiazine,...)
- Les patients à risque (épileptiques, diabétiques, personnes âgées cardiaques,...)

Dans ces cas particuliers, une collaboration plus étroite avec le médecin est nécessaire si le patient manifeste le souhait d'un médicament générique. Comme pour tout nouveau médicament il faudrait attendre que le bon équilibre se réalise et surveiller ensuite la réponse thérapeutique.

1.2.3 Définitions des organes de contrôle :

Selon l'OFAS (Office Fédéral des Assurances Sociales), sont réputés génériques les médicaments qui correspondent, en ce qui concerne leur substance active, leur forme galénique et leur dosage à une préparation originale enregistrée auprès de l'organisme suisse de contrôle (Swissmedic). Ils sont interchangeables avec la préparation originale.

Selon Swissmedic (Institut Suisse des Produits Thérapeutiques), les génériques au sens strict sont des

imitations de préparation originales enregistrées chez Swissmedic. Ils se caractérisent par le même principe actif (y compris les formes du sel), la même forme pharmaceutique, la même voie d'administration, le même dosage et les mêmes indications. Ils sont interchangeables avec la préparation originale.

Les 2 définitions, quoique très semblables, ne sont pourtant pas identiques. La définition de Swissmedic est plus complète et exige le même sel et la même forme pharmaceutique.

Pour les préparations de composition identique (même sel), comme pour celles se distinguant par une composition en sels différents, le secret professionnel empêche Swissmedic de rendre publiques leurs modalités d'enregistrement

L'OFAS, par contre, admet un médicament dans la liste des génériques selon des critères d'efficacité et d'économicité. L'OFAS ne fait pas de distinction parmi les différents sels et ne se réfère pas à la procédure d'enregistrement auprès de Swissmedic pour classer les différents médicaments dans la liste des génériques [3].

La liste des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés (Liste des Spécialités = LS), constituant des prestations obligatoires pour les assureurs-maladie, est publiée et revue chaque année par l'OFAS. Pour être admis dans la LS, tout médicament doit répondre aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.

Les critères pour l'acceptation d'un médicament générique dans la liste des génériques de la LS sont les suivants [3] :

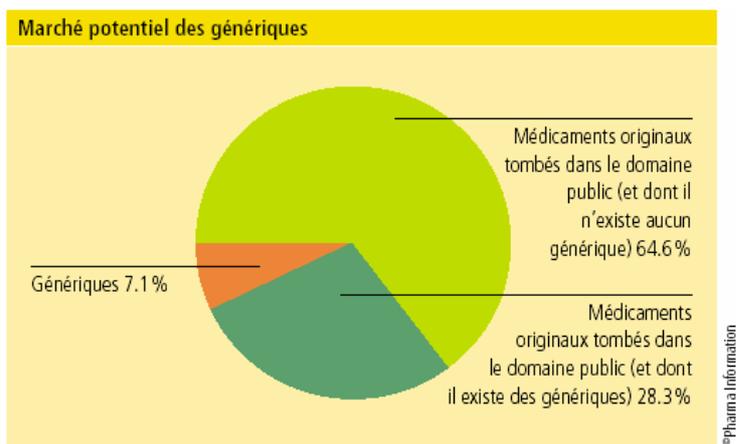
1. Son prix doit être inférieur d'au moins 25% à celui de la préparation originale
2. Une fois le délai de protection du brevet (de 20 ans) écoulé, la différence de prix entre les préparations originales et leurs imitations peut être inférieure à 25%
3. Si le caractère original n'a été reconnu à aucune des préparations ayant la même substance active, celles-ci ne peuvent figurer dans la liste des génériques.
4. La forme galénique, le dosage ou la grandeur de l'emballage d'une préparation originale n'ont pas forcément d'équivalent parmi les génériques

1.2.4 Marché potentiel des génériques :

Le marché potentiel des génériques se compose des produits originaux tombés dans le domaine public, mais dont il n'existe encore aucun générique, des produits originaux tombés dans le domaine public et qui sont en concurrence avec leurs produits d'imitation, ainsi que des génériques eux-même.

Le marché potentiel des génériques représente, en prix public, environ 20% du marché total. Cela signifie qu'au maximum 20% du chiffre d'affaires des médicaments prescrits pourraient être substitués aujourd'hui. Environ 20% des médicaments de ce marché potentiel sont aujourd'hui substitués par les génériques. Cette part de l'ensemble du marché est faible par rapport à la France, l'Italie, l'Espagne, la Belgique [5].

Comme le montre la figure 2, la part de marché des génériques a été de 7,1%, au sein du marché potentiel des génériques en 2002, cela correspond à environ 20% des médicaments originaux tombés dans le domaine public et dont il existe des génériques. [1].

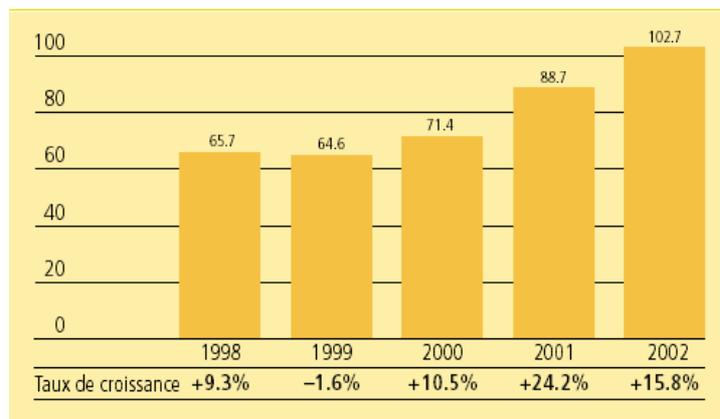


Source: IHA-IMS Health, Hergiswil.

Fig. 2 : *Marché potentiel des génériques*

1.2.5 Le marché des médicaments génériques en Suisse :

En 2002 avec +15.8%, le développement en valeur des génériques a affiché un taux de croissance significatif (figure 3). Depuis 1995, le marché des produits d'imitations a plus que doublé sa part de marché des médicaments. En 2002, cette part a représenté près de 3%, soit 102,7 millions de francs en termes de prix de fabrique, mais 60,4% du marché sont revenus aux produits originaux protégés par des brevets [1].



Source: IHA-IMS Health, Hergiswil.

Fig. 3 : *Evolution du marché des génériques (mio Fr.) en prix de fabrique*

1.2.6 Les plus grands fabricants de médicaments génériques en Suisse :

Ils sont présentés d'après la part du marché qu'ils occupent (table 1).

Table 1 : part de marché des 5 fabricants de génériques les plus importants

	Société	Part du marché (%)
1	Mepha	25
2	Spirig	13
3	Ecosol	11
4	IBSA	8
5	Streuli	4

1.2.7 Les principaux médicaments génériques :

Parmi les 10 médicaments génériques présentant le plus grand chiffre d'affaires fin 2001, on trouve trois produits à base de diclofenac (table 2). A part cela, trois produits ont été introduits au cours des trois dernières années: Enatec® (enalapril) pour le traitement de l'hypertension et de l'insuffisance cardiaque, Fluoxetin-Mepha® (fluoxétine) pour le traitement de la dépression, et Co-Amoxi Mepha® (amoxicilline, acide clavuniqué) antibiotique [7]

Table 2 : les 10 principaux médicaments génériques

	Médicament	Indication	Fabricant
1	Flector EP	Anti-inflammatoire, analgésique	IBSA
2	Solmucol	Mucolytique	IBSA
3	Enatec	Hypertension et insuffisance cardiaque	Mepha
4	Olfen	Anti-inflammatoire, analgésique	Mepha
5	Co-Amoxi-Mepha	Antibiotique	Mepha
6	Fluoxetin-Mepha	Dépression	Mepha
7	Tamoxifen-Farmos	Anticancéreux	Bristol Meyers Squib
8	Atenolol-Mepha	Hypertension et insuffisance cardiaque	Mepha
9	Mefenacid	Anti-inflammatoire, analgésique	Streuli
10	Inflamac SR	Anti-inflammatoire, analgésique	Spirig

1.2.8 Les principaux domaines d'indications :

Les domaines d'indications générant le plus grand chiffre d'affaires sont celui des antirhumatismeux topiques, suivi des antibiotiques. Dans ce dernier domaine, l'introduction des médicaments génériques a provoqué une forte croissance du chiffre d'affaires des associations d'amoxicilline et d'acide clavulanique. Les antirhumatismeux oraux classiques occupent le troisième rang.

1.2.9 Les principales nouveautés du secteur des génériques:

Les principales nouveautés des dernières années dans le secteur des médicaments génériques sont l'énalapril et l'association d'amoxicilline et d'acide clavulanique. Ces deux médicaments ont été commercialisés par 3 laboratoires. Le développement des chiffres d'affaires de ces différents produits reflète la puissance des différentes sociétés sur le marché, mais également l'influence du moment de leur introduction. Plus la date de lancement d'un médicament générique est proche de la date d'expiration du brevet protégeant l'original, plus il tendra à occuper une grande part du marché au sein de ce groupe de substances. Dans ce contexte, il est intéressant de voir qu'en Suisse également, les produits génériques peuvent aujourd'hui atteindre des quantités correspondant à 30 à 40 % du volume de vente du médicament original. Le fait que les brevets de cinq à sept des médicaments originaux générant aujourd'hui les plus grands chiffres d'affaires en Suisse expireront en 2004 et 2005 représente un facteur qui favorisera fortement le développement du secteur des médicaments génériques dans les années à venir (table 3).

Table 3 : échéance du brevet des médicaments générant les plus grands chiffres d'affaires

Rang	Spécialité	Dénomination DCI	Échéance du brevet
1	Antra mups	omeprazolium	2003
2	Zocor	simvastatinum	2004
3	Seropram	citalopramum	libre
5	Norvasc	amlodipinum	2005
7	Selipran	pravastatinum	2005
13	Co-Reniten	enalapril + hydrochlorothiazidum	libre
15	Insulin HM	insulinum humanum	libre
19	Roaccutane	isotretinoinum	libre
24	Ciproxin	ciprofloxacinum	libre
25	Klacid	clarithormycinum	2005
27	Pulmicort	budesonidum	libre

1.3 La substitution générique :

1.3.1 Base légale :

Selon la LAMal :

Le pharmacien peut remplacer, avec l'accord du patient, des préparations originales de la liste des spécialités par des génériques meilleur marché de cette liste, à moins que le médecin ou le chiropraticien n'exige expressément la délivrance d'une préparation originale. Il informe la personne qui a prescrit la médication de la préparation qu'il a délivrée (Droit de substitution : Art. 52a LAMAL).

La substitution générique implique plusieurs prestations pharmaceutiques : s'assurer que l'on peut conseiller un générique au patient (les malades chroniques stabilisés avec un certain médicament peuvent présenter des complications en cas de changement) ; informer le patient (celui-ci doit être convaincu que le générique lui fera le même bien que l'original si l'on veut garantir la discipline thérapeutique) ; choisir le générique le mieux approprié pour le patient ; informer le médecin ; documenter la substitution dans le dossier patient.

Depuis le 1er juillet 2001, les pharmaciens sont rémunérés pour cette prestation, selon un accord avec les assureurs.

1.3.2 Les critères pour le choix d'un générique :

Il existe plusieurs critères pour choisir un générique. Les principaux sont résumés ci-dessous :

(Adapté de [2]) :

1. L'économicité : le prix du médicament générique par rapport à l'original.
2. Le remboursement par les caisses maladies: enregistrement chez Swissmedic et inscription dans la liste des spécialités (LS).
3. L'accessibilité du produit : disponibilité sur le marché sans restriction.
4. L'information : Compendium Suisse des Médicaments, prospectus d'information destiné au patient.
5. La galénique : présentation, grandeur et forme du produit (comprimé, capsule...), facilité d'application.

6. Le dossier scientifique : études cliniques, études de tolérance, rapport de pharmacovigilance.
7. Le choix des conditionnements : nombre de formes galéniques, nombre de grandeurs d'emballage, nombre de dosages.

1.3.3 Les avantages et inconvénients de la substitution générique :

La table 4 résume les avantages et inconvénients de la substitution générique.

Table 4 : avantages et inconvénients de la substitution générique [adapté de 2] :

Avantages	Inconvénients
Economicité des traitements médicamenteux : Diminution des coûts de la santé	Risque de non-équivalence des traitements médicamenteux
Développement accru du marché médicamenteux	Augmentation du travail administratif pour les différents fournisseurs de prestations
Possibilité de croissance pour les firmes pharmaceutiques de génériques	Gestion du suivi du patient lors de la substitution générique
Concurrence accrue sur le marché médicamenteux, incitation à la recherche et au développement pour les firmes pharmaceutiques	Frein à la recherche et au développement pour les firmes pharmaceutiques résolument innovatrices en matières de nouveaux médicaments
Développement de formes galéniques innovantes	Gestion des stocks pour les pharmacies et les grossistes
Pour le pharmacien, valorisation du rôle de conseil auprès du patient, restauration du dialogue, et possibilité de fidélisation de la clientèle	Multiplicité des génériques rendant difficile le choix du médicament générique approprié
Travail du pharmacien revalorisé : co-décideur dans la prescription, travail de pharmaco-économie	Qualité variable des différents médicaments génériques
Sensibilisation des patients aux médicaments, aux coûts, et aux problèmes de santé	Pour le médecin, efforts accrus liés à la prescription.
Influence directe pour le patient au niveau du porte-monnaie	Manque d'information globale sur les médicaments génériques pour le patient, le médecin et le pharmacien

1.3.4 Les difficultés politiques de la substitution générique [Adapté de 2]:

Les principales difficultés politiques liées à la mise en œuvre d'une substitution générique sont listées ci-dessous :

- Les pressions politiques et commerciales de l'industrie pharmaceutique.
- Les idées fausses sur les génériques auprès de la population et des professionnels de la santé
- La stratégie marketing anti-génériques de l'industrie pharmaceutique (SIC, pré- imprimés sur les ordonnances délivrées aux médecins, pléthore inutile de médicaments sous différents dosages, grandeurs d'emballages et formes galéniques ex : Fluctine Tabs, Antra Mups,...)
- Le sentiment de perte de pouvoir des médecins en raison du droit de substitution par le pharmacien
- La passivité des pharmaciens liée à l'absence d'incitations des lourdeurs administratives, problèmes de stock
- Les stratégies d'évitement de l'industrie pharmaceutique : modification de la molécule, retrait de l'original avant l'expiration du brevet...)

1.4 La Rémunération Basée sur les Prestations (RBP) :

Depuis le 1^{er} juillet 2001, la rémunération basée sur les prestations (RBP) est en vigueur dans les pharmacies suisses. Elle s'appuie sur la convention négociée entre la Société Suisse des Pharmaciens (SSPh) et Santésuisse, l'association des assureurs-maladie suisses, qui définit la rémunération de l'activité des pharmaciens. Elle a pour but de freiner l'augmentation des coûts.

Les revenus de la pharmacie sont ainsi découplés de la dynamique des prix. Le pharmacien est payé pour son service pharmaceutique, indépendamment du prix des médicaments. Contrairement à l'ancien système des marges, le pharmacien gagne maintenant autant, qu'il vende un médicament cher ou bon marché, un emballage grand ou petit. Les incitations de l'ancien système, liées au prix des médicaments ont été ainsi corrigées.

1.4.1 Situation avant la RBP : marge basée sur le prix public

Dans l'ancien système, la marge perçue par le pharmacien était basée sur le prix public des médicaments.

- En pour-cent (environ 33%, en moyenne)
- Dégressive (prix élevé, marge faible)

Dans ce système, le pharmacien participait à la croissance des prix des médicaments grâce à une marge en % du prix. Une des faiblesses de ce modèle était que le pharmacien pouvait obtenir une petite marge pour le conseil spécialisé et la responsabilité lors de la délivrance d'un médicament à faible marge thérapeutique (ex : Digoxine CHF 4.05, bénéfice brut 1.-) et une grande marge avec un médicament à large marge thérapeutique (ex : Zantic CHF 284.65, bénéfice brut 90.-).

1.4.2 Structure actuelle: rémunération basée sur les prestations (RBP)

Le nouveau système inclut 2 types de prestations :

1. Les prestations de distribution :

- L'engagement du capital (marge variable dépendant du prix)
- La mise à disposition de l'infrastructure (personnel, locaux, informatique, livraison, encaissement) (marge fixe indépendant du prix) [Annexe 1].

2. Les prestations pharmaceutiques :

- Les actes du pharmacien (taxe pharmacien, taxe patient, autres taxes)

Seuls les médicaments des listes A et B de la LS sont concernés par ce mode de rémunération ; les médicaments des autres listes (C, D) restent dans le système de marge [annexe 2]. Les ordonnances sans produits LS/A&B ne contiennent donc pas de taxes.

La figure 4 représente la structure du prix des médicaments A et B de la LS. Une illustration plus détaillée se trouve en Annexe 3.

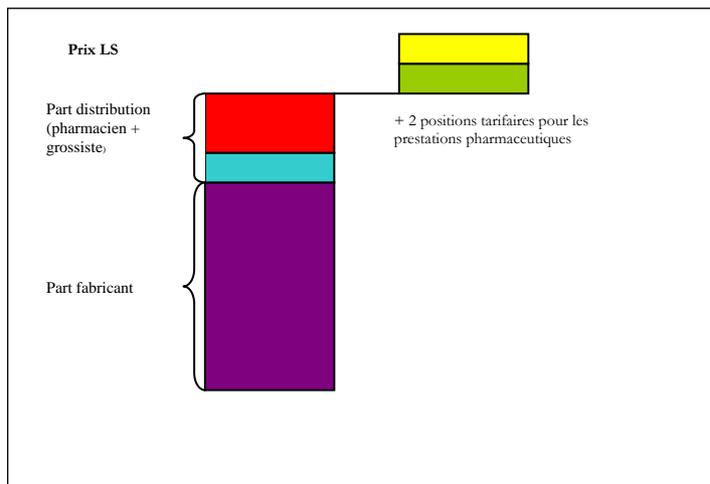


Fig.4 : structure du prix de vente des médicaments

1.4.3 Les prestations remboursées par les assureurs :

L'article 4a OPAS (Ordonnance sur les Prestations de l'Assurance des Soins), qui définit les prestations des pharmaciens à charge des assureurs, est entré en vigueur le 1er janvier 2001. Pour permettre une tarification adéquate des prestations qui sont énumérées, la SSPh et Santésuisse ont conclu une convention tarifaire RBP et nouvellement une convention additionnelle RBP. Ces conventions sont entrées en vigueur le 1er juillet 2001, et sont basées sur la liste des spécialités modifiée. Selon l'article 4a OPAS, les assureurs remboursent les coûts des prestations suivantes, fournies par les pharmaciens [8] :

- Conseils lors d'exécution d'une ordonnance médicale contenant au moins un médicament de la liste des spécialités.
- Exécution d'ordonnance médicale en dehors des heures de travail usuelles, si un cas d'urgence se présente.
- Remplacement d'une préparation originale, ou d'un générique prescrit par un médecin, par un générique plus avantageux.
- Assistance prescrite par un médecin, lors de la prise d'un médicament.

Les actes susmentionnés sont chacun rémunérés par un certain nombre de points tarifaires. Le point tarifaire (et sa valeur en francs) est défini au plan national par concertation entre l'OFAS, Santésuisse et la SSPh.

La convention tarifaire entre les pharmacies et les caisses a été approuvée par le Conseil Fédéral. Elle prévoit que les pharmaciens soient rémunérés pour la tenue d'un dossier pour leurs clients.

Ces données servent à la sécurité du patient (par exemple, contrôle des interactions), au suivi pharmaceutique (par exemple, assistance à la discipline thérapeutique), à la validation de l'ordonnance (prise de contact avec le médecin) ainsi qu'à la vue d'ensemble des médicaments dispensés et donc des thérapies et des éventuels abus ou incohérences de prescription. C'est aspect est surtout important lorsque le patient est en traitement chez plusieurs médecins, sans que ceux-ci ne soient informés de cette situation.

1.4.4 Les taxes :

Les actes du pharmacien sont rémunérés par plusieurs types de taxes.

La taxe pharmacien :

- Se réfère à la ligne d'ordonnance

- Couvre la lecture et l'analyse d'une ligne de prescription
- Est indépendante du nombre d'emballages
- Est fixée à 4 points tarifaires par ligne (en 2001, 4 points = 4,20 Frs)

La taxe patient :

- Se réfère à la tenue du dossier patient :
Validation, saisie, exécution, contrôles (données d'assurances, contrôles thérapeutiques), facturation
- Est indépendante des emballages et des lignes et du nombre d'ordonnances
- Est prélevée périodiquement mais au maximum 1x / 90 jours => 4 taxes /an
- Est fixée à 7 points tarifaires (en 2001, 7 points =7,35 Frs.)

Les autres taxes [détails Annexe 4] :

- La taxe de nuit (délivrance en dehors des heures d'ouverture)
- La taxe de dilution (prise de médicaments sous surveillance)
- La taxe de substitution pour les génériques

1.4.5 Facturation des économies résultant de la substitution générique :

Selon la convention additionnelle à la RBP, lors de la substitution de l'original par un générique (ou d'un générique par un générique au prix plus avantageux), il faut d'abord calculer la différence de prix entre l'original et le générique (= économies réalisées grâce à la substitution) sur la base du prix LS. Ensuite, on calcule la taxe générique, à savoir 40% de cette différence. La taxe générique est cependant plafonnée à 20 points tarifaires (environ Fr.21.00). Pour des exemples de facturation, voir annexe 5.

Les prestations suivantes du pharmacien sont ainsi rémunérées :

- proposition d'un générique et obtention de l'adhésion du patient
- sélection du générique approprié pour le patient
- inscription de la substitution sur l'ordonnance
- documentation de la substitution dans le dossier du patient
- information du médecin
- documentation de la substitution sur la facture

1.4.6 Montant de stabilisation des coûts (MSC) :

Depuis 2000, les pharmaciens ont renoncé de façon solidaire à une partie de leur marge et ont accordé aux assureurs maladie le montant de stabilisation des coûts (MSC) sur tous les médicaments soumis à ordonnance (LS A et B) et facturés dans le cadre de l'assurance de base (2,7% depuis le 01.07.02). Ainsi, le système dit du tiers payant a pu être maintenu, et l'augmentation des coûts due aux prix des médicaments, qui était auparavant de 8,1%, a diminué à 3,2%, et se situe ainsi au-dessous de l'augmentation des coûts due aux volumes de vente des médicaments [9].

A noter que le MSC s'applique uniquement dans le système dit du tiers payant (facturation aux caisses maladie conventionnées) et ne s'applique pas aux taxes [annexe 5].

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Base de données :

Les données utilisées ont été obtenues dans le cadre d'une étude réalisée par la Division de Pharmacologie clinique du CHUV, visant à évaluer la qualité de prescription à travers les ordonnances émises par les médecins du CHUV sur 1 mois (janvier 1999).

Dans cette étude, il a été demandé aux pharmaciens de transmettre une copie de toutes les ordonnances rédigées par des médecins du CHUV et exécutées dans leur pharmacie durant un mois. De manière à préserver l'anonymat des patients, leur identité devait être masquée.

Environ 60% des pharmacies du canton de Vaud ont fait parvenir les copies des ordonnances du CHUV, soit un nombre total de 3'099 ordonnances, comportant 5'514 lignes de prescription.

2.2 Analyse :

1. Les préparations magistrales pour lesquelles il n'existe pas de générique ont été éliminées du fichier (137 préparations magistrales)
2. Pour la même raison, les médicaments hors commerces en l'an 2000 ont été éliminés du fichier (198 médicaments)
3. Le prix des médicaments a été ensuite ajouté à la base de données en utilisant le Compendium Suisse des Médicaments (édition 2000). Un médicament original possédant parfois plusieurs médicaments génériques, nous avons choisi le générique le moins cher selon le Compendium Suisse des Médicaments. Dans le cas où la grandeur de l'emballage du médicament original ne correspondait pas à la grandeur de celui de son générique, le prix a été calculé en fonction du nombre de doses et une règle de trois appliquée. Pour un médicament ne possédant pas de générique, le prix de l'original a été pris en compte dans les calculs.
4. La même opération a été réalisée avec les prix 2002 auxquels était ajoutée la taxe patient (4 pt = 4,20 Frs).
5. La taxe dossier (7 points = 7,35 Frs), prélevée tous les 3 mois, a été calculée et rajoutée de 3 manières différentes :
 - en considérant le mois d'observation comme une situation moyenne, donc en imputant le tiers de la taxe complète
 - en considérant le mois d'observation comme un mois extrême haut, en imputant la taxe complète.
 - en considérant le mois d'observation comme un mois extrême bas, en imputant aucune taxe.

Ces différents résultats constituent notre analyse de sensibilité autour du résultat observé.

6. Les coûts de la prescription originale en l'an 2000 ont été ensuite comparés aux coûts d'une prescription générique forcée la même année, et la même opération répétée avec les coûts 2002, en incluant l'analyse de sensibilité.
7. Le nombre de prescriptions a été analysé en fonction des codes ATC pour évaluer l'importance des différents types de médicaments dans la prescription de l'hôpital. Les coûts associés à cette répartition ont ensuite été calculés pour l'an 2000 et l'an 2002 et comparés entre eux.
8. Finalement, la comparaison des coûts entre l'année 2000 et 2002, représentant l'ancien et le nouveau tarif, a été effectuée sur les coûts réels et sur les coûts de prescription forcée.

3. RESULTATS

3.1 Composition de la base de données :

La base de données utilisable comptait 3'099 ordonnances comportant 5'179 médicaments différents. Sa distribution par codes ATC, en chiffres absolus et relatifs, figure à la table 5.

Table 5 : Distribution et poids relatifs des catégories ATC (Anatomical Therapeutic Chemical classification).

Code ATC	Groupe thérapeutique	Nombre de lignes	Pourcentage
A	Appareil digestif et métabolisme	766	14.8
B	Sang et organes hématopoiétiques	283	5.5
C	Système cardiovasculaire	482	9.3
D	Dermatologie	539	10.4
G	Système urogénital et hormones sexuelles	241	4.6
H	Hormones systémiques, sauf hormones sexuelles	164	3.2
J	Anti-infectieux systémiques	443	8.6
L	Antinéoplasique et immunomodulateurs	87	1.7
M	Appareil locomoteur	515	9.9
N	Système nerveux central	1066	20.6
P	Antiparasitaires, insecticides et insectifuges	18	0.3
R	Système respiratoire	500	9.6
S	Organes sensoriels	29	0.6
V	Divers	46	0.9
Total		5179	100.0

3.2 Impact d'une prescription forcée de génériques :

La figure 5 illustre le poids relatif de la prescription d'emballages de médicaments génériques par rapport aux médicaments originaux, par codes ATC, et la figure 6 les proportions respectives qu'elles représentent. Finalement, la figure 7 illustre le poids relatif des différentes catégories ATC dans la prescription totale des génériques. Certaines catégories sont nettement plus représentées que d'autres.

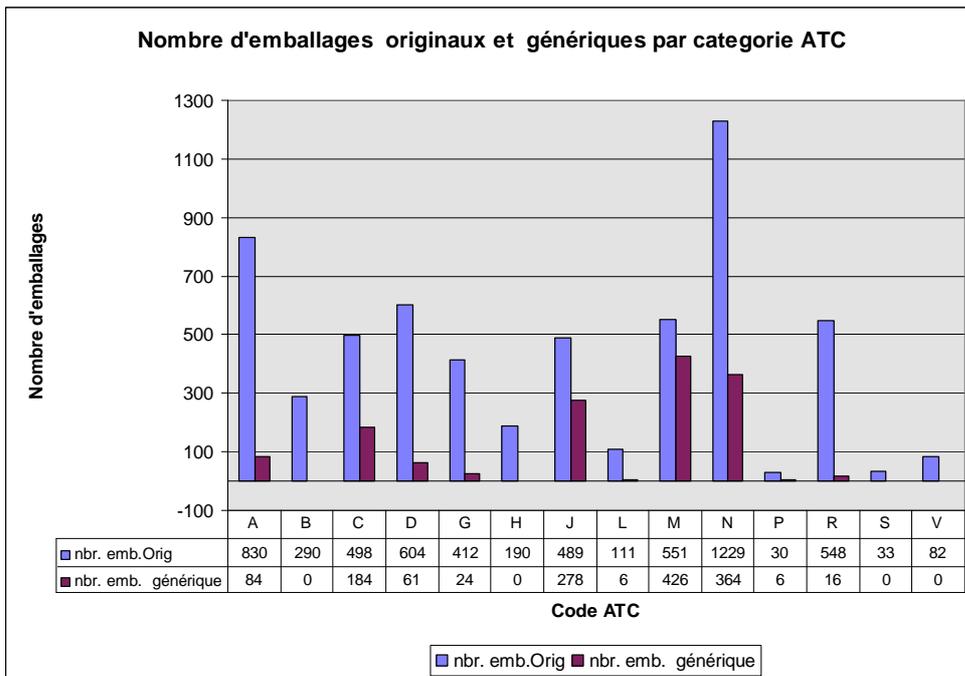


Fig.5 : nombre d'emballages originaux et génériques par groupe ATC

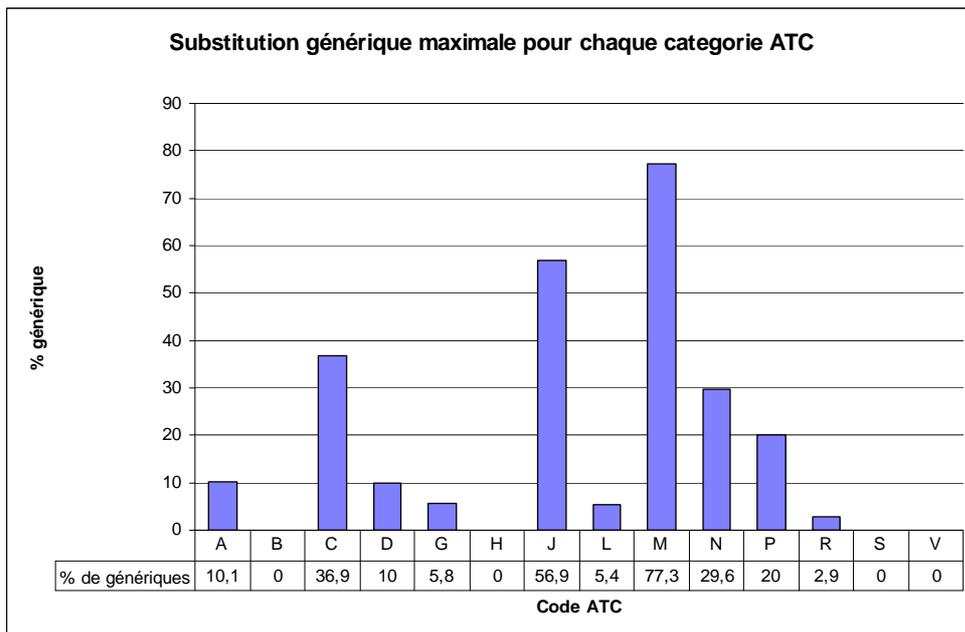


Fig 6 : substitution générique maximale pouvant être effectuée dans chaque catégorie ATC

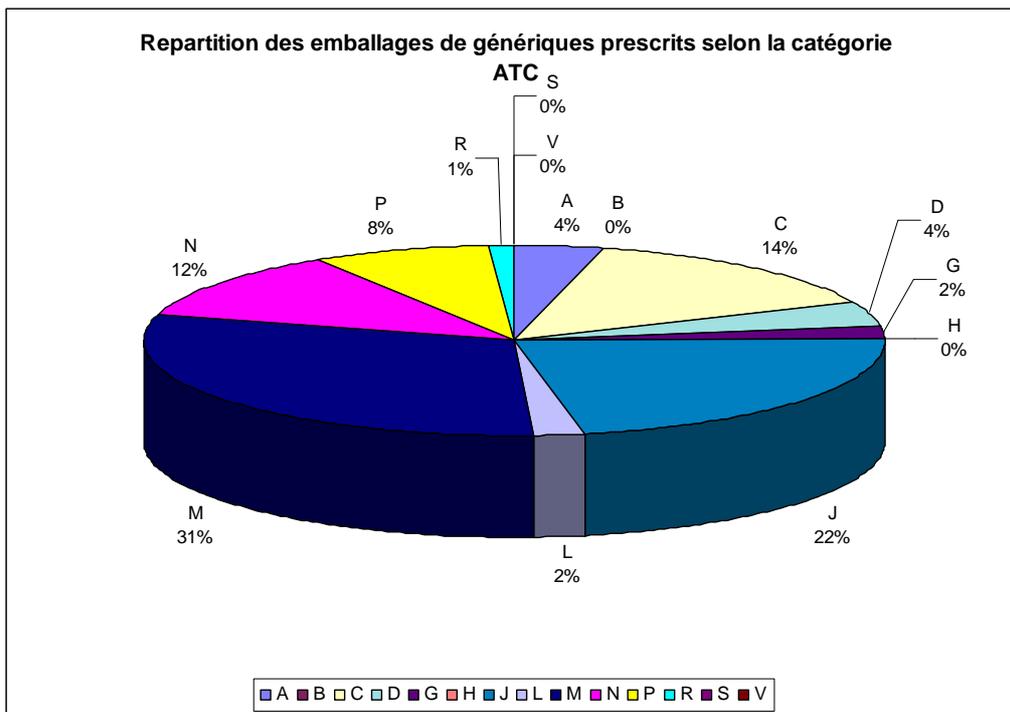


Fig.7 : répartition des emballages de génériques prescrits, selon le code ATC

3.3 Impact économique de la prescription forcée au tarif 2000 :

La figure 8 représente les résultats de la prescription forcée de génériques dans chaque catégorie ATC dans l'ancien système de prix. Un maximum d'économie pourrait être réalisé dans le groupe des médicaments de l'appareil locomoteur (ATC M). Le gain économique dans ce groupe correspondrait à 3'164 Frs, soit 28.6% des coûts de prescription de ce groupe.

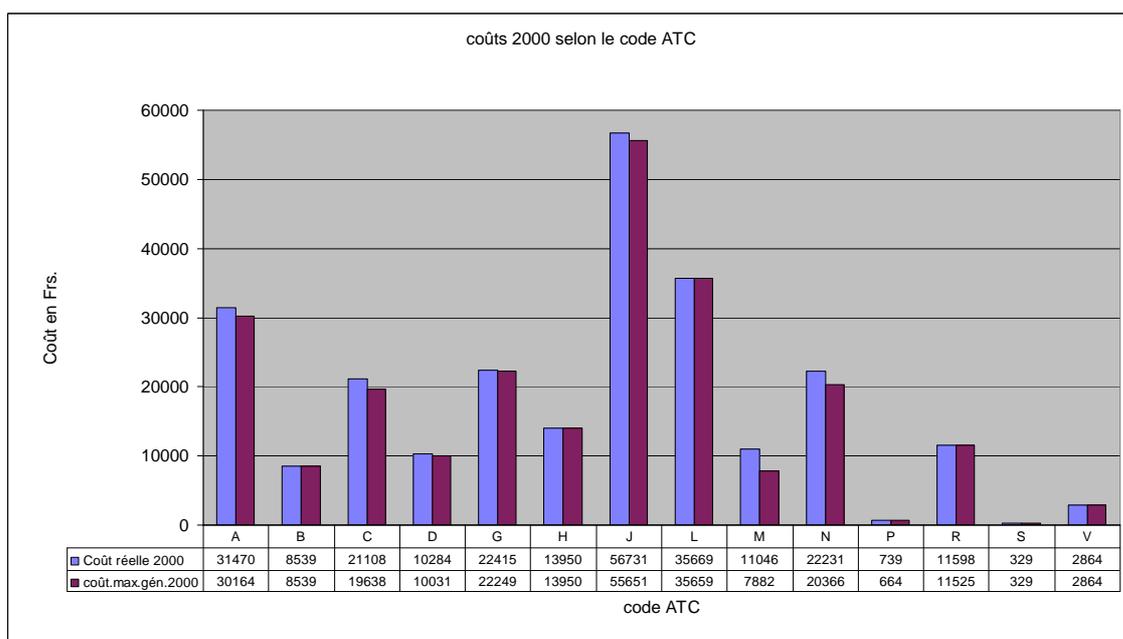


Fig.8: coût 2000 selon le code ATC avec et sans prescription maximale de génériques

Au total, pour le mois considéré, la différence entre une prescription forcée de génériques et la prescription réellement observée est toujours bien moindre, comme le montrent les chiffres ci-dessous.

Coût réel des prescriptions en 2000 : 248'974 Frs
 Coût avec un taux de substitution générique à 100% : 239'585 Frs

Gain économique potentiel en Frs : 9'389
Gain économique en % : 3,8

3.4 Impact économique de la prescription forcée au tarif 2002 :

Le coût 2002 de la prescription observée, pour chaque catégorie ATC, calculé d'après le nouveau mode de taxation, en rajoutant la taxe patient (4,20 Frs) au prix public, est représenté à la figure 9. Il s'agit de la version la plus favorable, puisque la taxe dossier n'a pas été incluse.

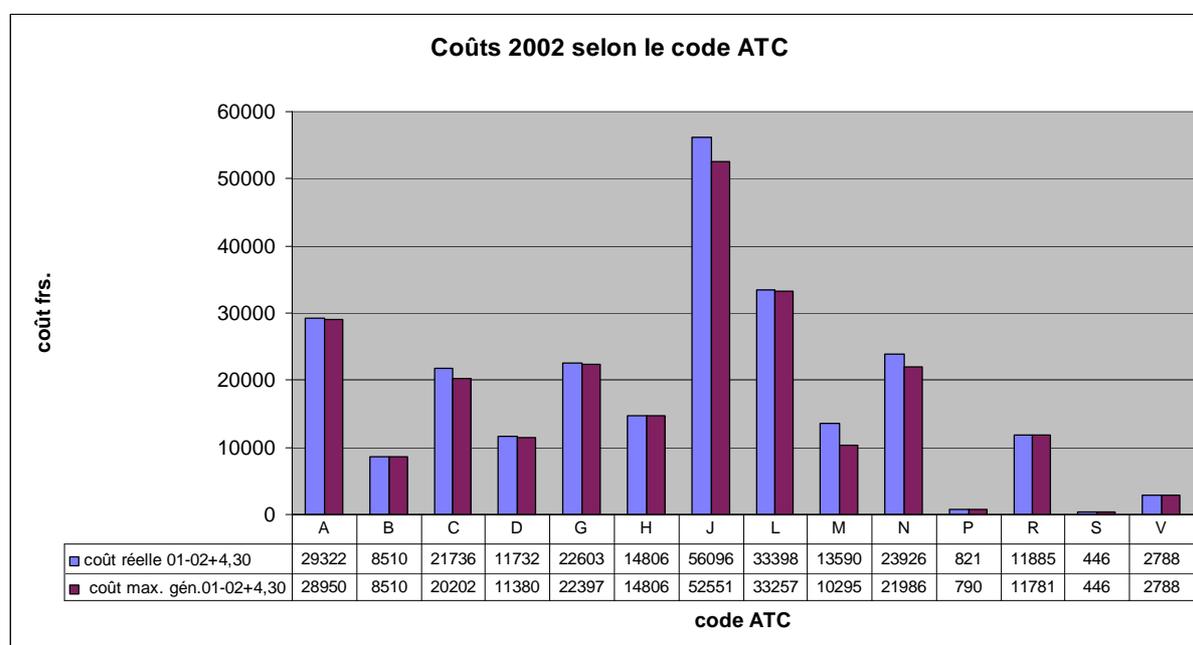


Fig. 9: coût 2002 selon le code ATC avec et sans prescription forcée de génériques

Dans ce cas de figure, le gain économique potentiel maximum correspond en chiffres absolus au code ATC J (anti-infectieux systémiques) avec 3'545 Frs, soit 6.3% des coûts de prescription de ce groupe, alors qu'en valeur relative, c'est à nouveau le code ATC M qui l'emporte avec 3'295 Frs, soit 24.2% des coûts de prescription de ce groupe.

Au total, pour le mois considéré, la différence entre une prescription forcée de génériques et la prescription réellement observée est à nouveau bien moindre, comme le montrent les chiffres ci-dessous.

Coût réel des prescriptions en 2002 : 251'748 Frs
 Coût avec un taux de substitution générique à 100% : 240'230 Frs

Gain économique potentiel en Frs : 11'518
Gain économique potentiel en % sans la taxe dossier: 4,6

3.5 Comparaison des coûts en 2000 et 2002 :

La figure 10 représente la comparaison des coûts entre l'ancien et le nouveau système de rémunération. Les coûts en 2002 sont représentés de 4 manières différentes, selon le degré d'imputation des taxes. Les deux premières colonnes représentent les coûts réels et les coûts de substitution forcés en l'an 2000, servant donc de base à la comparaison. Les deux colonnes suivantes montrent la traduction de ces coûts au nouveau tarif 2002, sans aucune taxe. Les deux colonnes d'après montrent la même prescription à laquelle est ajoutée uniquement la taxe patient. Les deux colonnes suivantes encore montrent la situation moyenne, dans laquelle la taxe patient est majorée d'un tiers de la taxe dossier, puisque la prescription ne porte que sur un mois. Finalement, les deux dernières colonnes montrent la situation extrême haute, dans laquelle la prescription est majorée à la fois de la taxe patient et de l'entier de la taxe dossier.

On remarque donc que la baisse importante (4,5%) du prix public en 2002 est plus que compensée par l'ajout des taxes. Le prix moyen d'un médicament dans notre étude passe ainsi de 42.20 Frs en 2000 à 40.35 Frs en 2002, sans les taxes, mais à 44.65 Frs avec la taxe patient seule. La table 6 récapitule ces résultats et montre le gain économique réalisé par une substitution forcée de génériques, ainsi que la valeur moyenne par ordonnance dans l'ancien et le nouveau système, et finalement le surcoût engendré par le nouveau système de prix des médicaments.

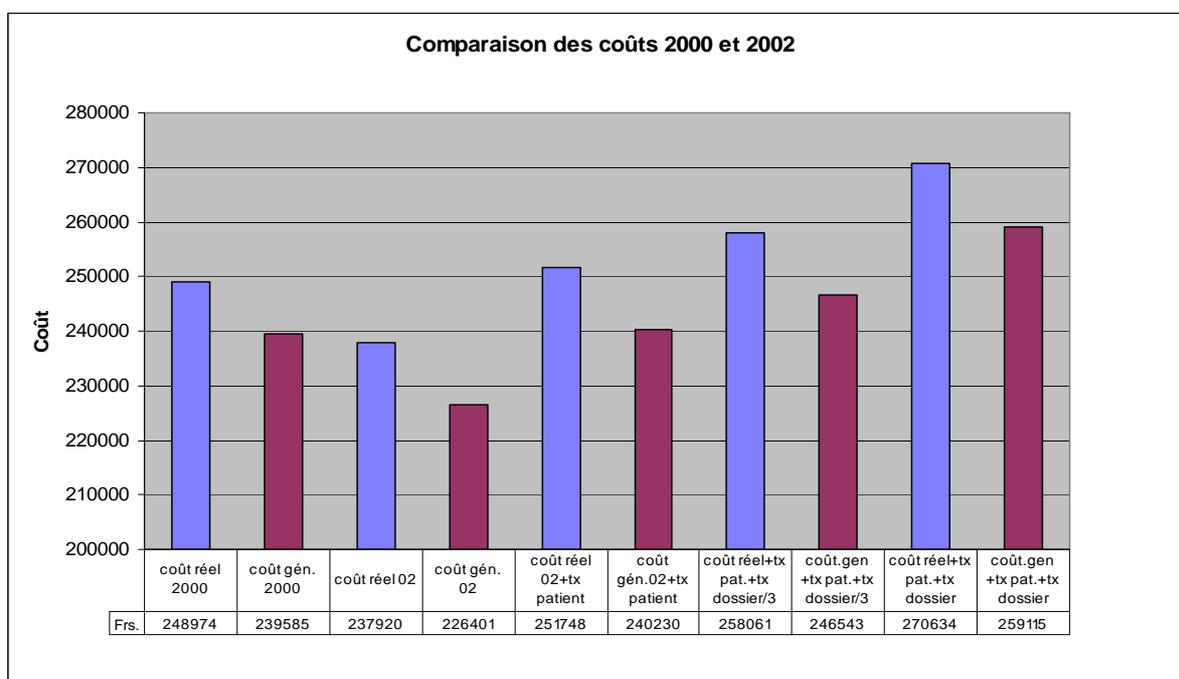


fig.10: comparaison des coûts 2000 et 2002 avec analyse de sensibilité

Table 6 : récapitulatif des résultats

Année		Coût réel de prescription [Frs]	Coût avec prescription forcée de générique [Frs]	Gain économique [en Frs]	Gain économique [en%]	Valeur moyenne par Rp selon le degré de substitution [Frs]	Surcoût RBP [en Frs]	Surcoût RBP [en%]
2000		248'974	239'585	9'388	3.8	78.8±1.5	-	-
Meilleur scénario 2002	(taxe patient sans taxe dossier)	251'748	240'230	11'518	4.6	79.4±1,9	2'774	1.1
Scénario moyen 2002	(taxe patient + taxe dossier/3)	258'060	246'542	11'518	4.4	81.4±1.9	9'086	3.7
Pire scénario 2002	(taxe patient + taxe dossier)	270'633	259'115	11'518	4.2	85.50±1.9	21'659	8.7

4. DISCUSSION

Au cours de cette étude, nous avons évalué d'une part l'impact qu'aurait eu une substitution systématique de génériques et d'autre part l'impact de la nouvelle structure du prix des médicaments sur la même prescription externe observée au CHUV en janvier 1999.

L'analyse de la prescription par catégorie ATC montre que la proportion de génériques disponibles est hautement variable en fonction de ces catégories, variant entre 0 et 77%. En conséquence, l'impact d'une prescription forcée de génériques ne peut être que limité.

La prescription forcée de génériques en 2000 aurait entraîné une économie de 3,8%. L'économie maximale se situe dans le groupe des médicaments de l'appareil locomoteur (M: 33,5% du gain économique total). Avec la nouvelle structure des prix, cette même prescription aurait entraîné une économie de 4,2 à 4,6% selon que la taxe dossier est prise en compte ou non. L'économie la plus importante concerne le groupe des médicaments anti-infectieux systémiques (J) (30% du gain économique total). La baisse des prix et l'apparition de nouveaux médicaments génériques dans cette catégorie de médicaments sur le marché expliquent cette évolution.

Globalement, la nouvelle structure des prix (RBP) a entraîné une augmentation des coûts de 1,1 à 8,7% selon que la taxe dossier est prise en compte ou non. Le surcoût est de 3,8% si l'on considère que le mois d'observation est représentatif d'une moyenne stable, impliquant l'imputation du tiers de la taxe dossier (7,35/3).

La nouvelle structure des prix provoque l'augmentation du prix des médicaments à bas prix et la baisse des médicaments chers. Globalement pour les médicaments de la LS, les médicaments au-dessus de 50 frs ont baissé de prix et inversement pour ceux au-dessous de 50 frs. Dans la mesure où la base de données utilisée comportait une majorité de médicaments peu onéreux, cela explique le renchérissement du coût des prescriptions calculé après l'introduction de RBP.

Cette étude inclut un seul centre et est limitée aux prescriptions d'un seul mois. De plus, la base de donnée utilisée pour notre analyse était relativement ancienne (1999) et 6% des médicaments ont dû être exclus parce qu'ils n'étaient plus disponibles. L'évolution de la prescription, les pressions économiques et médiatiques de ces dernières années peuvent avoir fortement influencé les habitudes de prescription de sorte que la prescription observée en 1999 ne représente plus forcément celle qui serait observée en 2002. Les résultats de cette étude ne peuvent donc être généralisés qu'avec beaucoup de précaution.

L'évolution des coûts des médicaments est difficilement prévisible à long terme, car plusieurs tendances s'affrontent. D'un côté, l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments contre le cancer, le sida, ainsi que de nouveaux tests de diagnostic médical, nettement plus chers que la moyenne des anciens traitements, a fait grimper la facture pharmaceutique Suisse en 2003. Selon Interpharma, organisme représentant l'industrie pharmaceutique suisse, la progression s'est élevée à 7,1% pour atteindre une somme de 3,87 milliards de francs, prix sortie usine. La hausse du prix sortie usine de 7,1% en 2003 est supérieure à celle de 2002 (6,5%), mais inférieure à la moyenne des cinq dernières années.

D'un autre côté, les ventes de médicaments génériques ont explosé en 2003 à la faveur d'une meilleure incitation, par le pharmacien à la substitution facultative. Le marché des génériques a progressé de 49,8% à 142,1 millions de francs. Ce bond a permis de modérer la hausse de la facture finale, mais n'a pas entièrement compensé le recours obligatoire à de nouveaux médicaments onéreux [11].

Au total, la part des produits datant de moins de cinq ans, qui coûtent en moyenne 2,5 fois plus cher que les anciens, a augmenté de quelques 5% pour représenter près du tiers des médicaments consommés en Suisse l'an dernier [11]. Il faut voir là un signal de la forte tendance à l'innovation et du marketing dynamique pratiqués par l'industrie pharmaceutique. La faible part du marché potentiel des génériques et par conséquent aussi la faible proportion de génériques vendus en Suisse s'explique par l'introduction très rapide des produits d'innovation en Suisse. La conséquence en est que le marché des substitutions aux préparations originales non protégées par brevet reste relativement limité.

Le potentiel d'économie par l'utilisation de génériques, sans même attendre l'échéance de brevets, reste néanmoins très important. Un marché de quelques 459 millions de francs en 2003 déjà ouvert à la

concurrence des génériques, mais n'est pas utilisé par les consommateurs. Un autre, de 445 millions de francs est formé de produits aux brevets échus, mais est dédaigné par les fabricants de génériques. Enfin de compte, les génériques ne représentent que 13,6% du marché Suisse des médicaments [11].

Finalement, la rémunération basée sur les prestations, composée de la taxe pharmacien (conseil, etc.) et de la taxe patient (tenue de dossier, etc.), est lourde sur le plan administratif. Les assureurs-maladie souhaitent remplacer les deux taxes par une taxe unique de conseil. Mais les pharmaciens ne sont pas non plus satisfaits du système, car, selon eux, leur marge bénéficiaire a diminué par rapport à l'ancien système. Il conviendrait de s'assurer qu'une nouvelle modification du système de rémunération des pharmaciens ne contribue pas à nouveau à une augmentation du coût de la part dévolue aux médicaments dans le système de santé.

5. CONCLUSION

Sur la base des prescriptions effectivement enregistrées sur 1 mois à la sortie d'un hôpital, le potentiel d'économie par prescription forcée de génériques est faible (4 à 5 %). L'impact de la nouvelle structure du prix des médicaments aboutit à un renchérissement global du coût de la prescription (de 1.1 à 8.7%, moyenne 3.7%), que ne compenserait donc pas un recours accru aux médicaments génériques. Ces résultats qui ne correspondent pas aux économies annoncées après l'introduction de la RBP, demandent à être vérifiés dans un autre contexte.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Le marché du médicament en Suisse, Pharma information, édition 2003, Bâle, p.8 et 16,
2. Originaux et génériques : expérience du CSPV, Hartmann&Kuhn, reflets n°35, Bulletin des médecins suisses, 1998 ; 79 :Nr 17, p.745,746
3. Pharmactuel, Substitution générique en pharmacie, T.Etienne, n° XVII/5, SSPh, Berne, 2001, p.4, 21, 23, 24, 26
4. Liste des spécialités, OFAS,
5. Journal suisse de pharmacie, n°17/2003, le recours aux génériques en Suisse, Max Brentano-Motta, p.625
6. Tiré et adapté de : IHA-IMS Health / Mepha Pharma AG, Aesch / GfS-Forschungsinstitut, Zürich / Cahier Pharmactuel No XVII 5, 2001 SSPh 15.08.02 Rx-Generics © SSPh / OFAC
7. SSPh / mars 2002 Rx-Generics © SSPh / OFAC, Contrat SSPh/CAMS juin 2001
8. Contribution des pharmaciens aux économies, conférence de presse 12 décembre 2002, Dr Max Brantano-Motta, Société Suisse des Pharmaciens
9. Santé Suisse, Communiqué du 30 juin 2003, Médicaments : assureurs et pharmaciens entament une nouvelle étape de la RBP
10. SSPh / juillet 2002 / source: "Actualités Pharmaceutiques" No. 409 juin 2002 SSPh-19.07.2002 Rx-Generics © SSPh / OFAC
11. "Le prix des nouveaux médicaments a lourdement pesé sur les coût de la santé l'an dernier", Le temps, 02.03.2004

Internet :

www.santésuisse.ch

www.pharmagate.ch

www.pro-generika.ch

www.interpharma.ch

www.Rx-Generics.ch

7. ANNEXES

Annexe 1 : Marges variable et fixe

- La marge variable (capital)
 - Elle est directement fonction du prix ex-factory du produit (15%)
 - Correspond au capital investi et risques liés
 - Correspond à environ 9% du prix public

- La marge fixe (emballage)
 - Le pharmacien pour la mise à disposition de l'infrastructure (locaux, personnel, équipements, etc.)
 - Fonctionne par paliers
 - Correspond environ à 21 % du prix public

Annexe 2 : Mode de vente des spécialités pharmaceutiques

Les catégories de vente des diverses spécialités pharmaceutiques sont mentionnées dans le tableau ci-dessous :

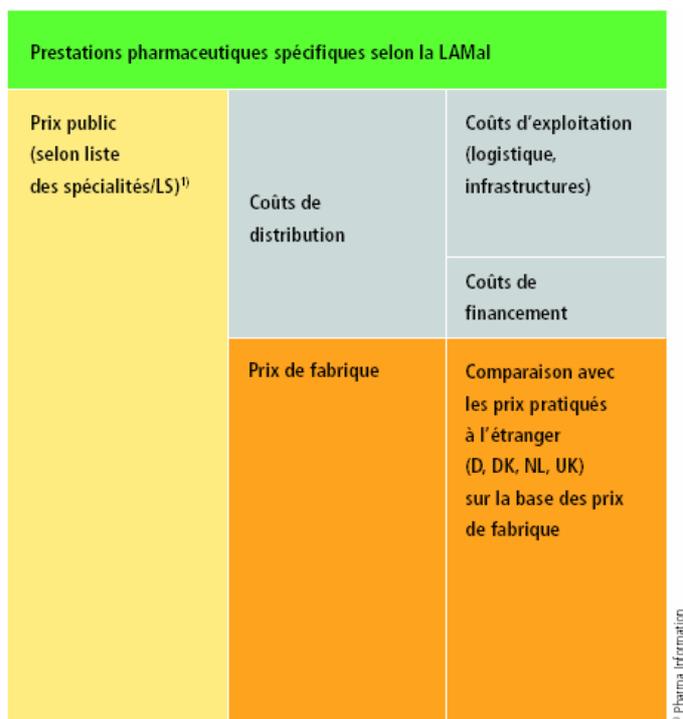
Mode de vente de la spécialité selon le rapport d'expertise de Swissmedic	Signification
A	Délivrés en pharmacie sur ordonnance médicale non renouvelable
B	Délivrés en pharmacie sur ordonnance médicale
C	Délivrés en pharmacie sans ordonnance médicale
D	Délivrés en pharmacies et drogueries
E	Délivrés dans tous les commerces

Chaque préparation enregistrée par Swissmedic porte sur l'emballage une vignette reconnaissable graphiquement selon la catégorie de vente à laquelle elle appartient.

Annexe 3 : Composition du prix d'un médicament

Le prix public d'un médicament soumis à ordonnance ne résulte pas du marché libre, mais est réglementé par l'Etat. Il se compose du prix de fabrique – lequel est à son tour établi sur la base d'une comparaison avec l'étranger – et d'une comparaison avec des préparations équivalentes sur le plan thérapeutique. A cet effet, on recourt aux prix pratiqués dans des pays économiquement comparables à la Suisse. Viennent ensuite s'ajouter les coûts de distribution.

En plus du prix public, les prestations pharmaceutiques spécifiques sont rémunérées conformément à la RBP (rémunération basée sur les prestations). Celle-ci se compose d'une taxe pharmacien de 4.35 francs par médicament pour la prestation de conseil et d'une taxe patient de 7.55 francs par trimestre pour la tenue d'un dossier-patient à la pharmacie.



Source: Office fédéral des assurances sociales, Berne.

¹⁾ Vous trouverez la relation entre prix public et prix de fabrique sous:
<http://www.sl-preise.ch>.

Annexe 4 : Autres taxes dans le RBP

- La taxe de nuit
 - Délivrance hors heures d'ouverture
 - Jusqu'à 21h00 12 pts
 - Entre 21h00 et 8h00 20 pts
- La taxe de dilution
 - Prise de médicaments sur surveillance 10 pts (dispensation méthadone, etc.)
- La taxe de substitution pour les génériques
 - 40% de la différence de prix

Annexe 5 : Exemple de calcul de taxes

Ex :	prix
Original A	Fr. 100.00
Générique B	Fr. 75.00
Économies réalisées	Fr. 25.00

Taxe générique = 40% des économies réalisées, à savoir 40% de Fr.25.00 = Fr.10.00

En sus de la taxe générique, vous pouvez facturer la taxe pharmacien et la taxe patient :

Générique B	Fr. 75.00
- MSC (3.2%)	- Fr. 2.40
	Fr. 72.60
Taxe générique	Fr. 10.00
Taxe pharmacie	Fr. 4.20
Taxe patient	Fr. 7.35
Total	Fr. 94.15

Pour faire une comparaison, voici les coûts lors de la remise de l'original A :

Original A	Fr. 100.00
-MSC (3,2%)	- Fr. 3.20
	Fr. 96.80
Taxe pharmacien	Fr. 4.20
Taxe patient	Fr. 7.35
Total	Fr. 108.35