



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Édition du 9 mai 2022

Semaine
OFSP-Bulletin 19/2022

Magazine d'information pour professionnels de la santé et pour les médias

Liste des spécialités, p.9

Impressum

ÉDITEUR

Office fédéral de la santé publique
CH-3003 Berne (Suisse)
www.bag.admin.ch

RÉDACTION

Office fédéral de la santé publique
CH-3003 Berne
Téléphone 058 463 87 79
drucksachen-bulletin@bag.admin.ch

IMPRESSION

Stämpfli AG
Wölflistrasse 1
CH-3001 Berne
Téléphone 031 300 66 66

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne
Téléphone 058 465 50 00
Fax 058 465 50 58
verkauf.zivil@bbl.admin.ch

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

Le bulletin de l'OFSP est une revue spécialisée hebdomadaire, en français et en allemand, qui s'adresse aux professionnels de la santé, aux médias et aux milieux intéressés. Ce périodique publie les derniers chiffres en matière de santé ainsi que des informations importantes de l'OFSP.

Abonnez-vous pour recevoir la version électronique du bulletin :
www.bag.admin.ch/ofsp-bulletin

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses	4
Statistique Sentinella	6
Rapport hebdomadaire des affections grippales	7
Rapport mensuel sur les maladies transmises par les tiques	7
Liste des spécialités	9
Vol d'ordonnances	23

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 17^e semaine (03.05.2022)^a

^a Déclarations des médecins et des laboratoires selon l'ordonnance sur la déclaration. Sont exclus les cas de personnes domiciliées en dehors de la Suisse et de la principauté du Liechtenstein. Données provisoires selon la date de la déclaration. Les chiffres écrits en gris correspondent aux données annualisées : cas/an et 100 000 habitants (population résidente selon Annuaire statistique de la Suisse). Les incidences annualisées permettent de comparer les différentes périodes.

^b Voir surveillance de l'influenza dans le système de déclaration Sentinella www.bag.admin.ch/rapport-grippe.

^c N'inclut pas les cas de rubéole materno-fœtale.

^d Femmes enceintes et nouveau-nés.

^e Le nombre de cas de gonorrhée a augmenté en raison d'une adaptation de la définition de réinfection et n'est pas comparable à celui des éditions précédentes du Bulletin. Les déclarations pour le même patient arrivant à des intervalles d'au moins 4 semaines sont maintenant comptées comme cas séparés.

^f Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

^g Les nombres de cas de syphilis ne sont plus comparables à ceux des éditions précédentes du Bulletin en raison d'une adaptation de la définition de cas.

^h Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire, actuellement il y a seulement des cas de diphtérie cutanée.

Maladies infectieuses: Situation à la fin de la 17^e semaine (03.05.2022)^a

	Semaine 17			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	4 2.40	1 0.60		21 3.10	9 1.30	1 0.20	107 1.20	56 0.60	108 1.20	44 1.60	19 0.70	47 1.60
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	171 102.10		4 2.40	2523 376.60	5 0.80	69 10.30	11403 130.90	51 0.60	11847 136.00	10962 385.00	26 0.90	11319 397.50
Légionellose	7 4.20	5 3.00	2 1.20	31 4.60	20 3.00	18 2.70	681 7.80	499 5.70	527 6.00	119 4.20	116 4.10	91 3.20
Méningocoques: maladie invasive				1 0.20		1 0.20	12 0.10	9 0.10	39 0.40	5 0.20	1 0.04	12 0.40
Pneumocoques: maladie invasive	21 12.50	12 7.20	3 1.80	86 12.80	46 6.90	24 3.60	625 7.20	318 3.60	757 8.70	252 8.80	124 4.40	351 12.30
Rougeole						4 0.60			92 1.10			37 1.30
Rubéole^c									1 0.01			
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose	6 3.60	6 3.60	7 4.20	29 4.30	31 4.60	33 4.90	359 4.10	354 4.10	420 4.80	113 4.00	114 4.00	132 4.60
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	92 54.90	64 38.20	32 19.10	345 51.50	261 39.00	149 22.20	7195 82.60	6208 71.30	6799 78.10	1874 65.80	1418 49.80	1334 46.80
Hépatite A		1 0.60		7 1.00	7 1.00	5 0.80	49 0.60	53 0.60	97 1.10	23 0.80	23 0.80	37 1.30
Hépatite E		2 1.20		5 0.80	16 2.40	3 0.40	80 0.90	150 1.70	102 1.20	23 0.80	111 3.90	29 1.00
Infection à E. coli entérohémorragique	18 10.80	11 6.60	3 1.80	62 9.20	50 7.50	15 2.20	1023 11.80	722 8.30	1032 11.80	252 8.80	175 6.20	150 5.30
Listériose	3 1.80		3 1.80	8 1.20	4 0.60	11 1.60	45 0.50	44 0.50	46 0.50	20 0.70	8 0.30	19 0.70
Salmonellose, S. typhi/paratyphi			1 0.60			1 0.20	5 0.06	1 0.01	27 0.30	3 0.10		10 0.40
Salmonellose, autres	23 13.70	15 9.00	11 6.60	94 14.00	76 11.30	40 6.00	1526 17.50	1254 14.40	1476 17.00	302 10.60	272 9.60	258 9.10
Shigellose	1 0.60	1 0.60	1 0.60	11 1.60	3 0.40	4 0.60	130 1.50	31 0.40	187 2.20	42 1.50	10 0.40	37 1.30

	Semaine 17			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydieuse	140 83.60	245 146.30	113 67.50	758 113.10	977 145.80	508 75.80	11939 137.10	11637 133.60	12093 138.80	3823 134.30	4066 142.80	3579 125.70
Gonorrhée ^e	92 54.90	63 37.60	24 14.30	364 54.30	267 39.80	131 19.60	4514 51.80	3518 40.40	3862 44.30	1598 56.10	1166 41.00	1123 39.40
Hépatite B, aiguë					4 0.60		25 0.30	26 0.30	23 0.30	7 0.20	9 0.30	6 0.20
Hépatite B, total déclarations	31	20	16	94	73	55	1088	967	1020	401	349	308
Hépatite C, aiguë		1 0.60	1 0.60		1 0.20	2 0.30	9 0.10	19 0.20	19 0.20	1 0.04	5 0.20	3 0.10
Hépatite C, total déclarations	32	27	17	79	89	44	951	945	950	319	330	282
Infection à VIH	3 1.80	6 3.60		23 3.40	35 5.20	15 2.20	324 3.70	305 3.50	389 4.50	113 4.00	117 4.10	94 3.30
Sida	1 0.60			2 0.30	4 0.60	7 1.00	41 0.50	46 0.50	81 0.90	10 0.40	18 0.60	23 0.80
Syphilis, stades précoces ^f	1 0.60	11 6.60	11 6.60	26 3.90	52 7.80	29 4.30	681 7.80	590 6.80	722 8.30	212 7.40	194 6.80	201 7.10
Syphilis, total ^g	3 1.80	18 10.80	13 7.80	33 4.90	78 11.60	39 5.80	896 10.30	806 9.20	1019 11.70	276 9.70	276 9.70	280 9.80
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose	1 0.60		1 0.60	2 0.30	1 0.20	1 0.20	7 0.08	3 0.03	7 0.08	2 0.07	1 0.04	1 0.04
Chikungunya			1 0.60		1 0.20	1 0.20	5 0.06	1 0.01	36 0.40		1 0.04	11 0.40
Dengue				3 0.40	2 0.30	6 0.90	29 0.30	16 0.20	256 2.90	10 0.40	6 0.20	65 2.30
Encéphalite à tiques	2 1.20	2 1.20	5 3.00	7 1.00	11 1.60	12 1.80	280 3.20	451 5.20	267 3.10	14 0.50	19 0.70	15 0.50
Fièvre du Nil occidental								1 0.01	1 0.01			
Fièvre jaune												
Fièvre Q		1 0.60		3 0.40	7 1.00	4 0.60	92 1.10	74 0.80	95 1.10	20 0.70	36 1.30	15 0.50
Infection à Hantavirus							6 0.07					
Infection à virus Zika									1 0.01			
Paludisme	8 4.80	4 2.40		24 3.60	12 1.80	8 1.20	295 3.40	106 1.20	271 3.10	96 3.40	53 1.90	75 2.60
Trichinellose				1 0.20		1 0.20	2 0.02	3 0.03	4 0.05	2 0.07	1 0.04	2 0.07
Tularémie	1 0.60	3 1.80	2 1.20	1 0.20	13 1.90	7 1.00	188 2.20	164 1.90	155 1.80	14 0.50	62 2.20	18 0.60
Autres déclarations												
Botulisme							1 0.01	1 0.01		1 0.04	1 0.04	
Diphthérie ^h							5 0.06	2 0.02	3 0.03	1 0.04		1 0.04
Maladie de Creutzfeldt-Jakob			1 0.60	1 0.20	2 0.30	3 0.40	28 0.30	21 0.20	19 0.20	7 0.20	7 0.20	8 0.30
Tétanos												

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella :

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 29.4.2022 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	14		15		16		17		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	0	0	1	0.1	0	0	0	0	0.3	0
Piqûre de tiques	4	0.3	0	0	0	0	4	0.4	2	0.2
Borréliose de Lyme	4	0.3	1	0.1	2	0.3	1	0.1	2	0.2
Herpès zoster	8	0.6	7	0.7	6	0.8	11	1.1	8	0.8
Néuralgies post-zostériennes	0	0	2	0.2	2	0.3	0	0	1	0.1
Médecins déclarants	162		145		114		129		137.5	

Rapport hebdomadaire des affections grippales

Le rapport sur la grippe est disponible en ligne à l'adresse :
www.bag.admin.ch/rapport-grippe



Rapport mensuel sur les maladies transmises par les tiques

Le rapport sur les maladies transmises par les tiques est
numérique et peut être consulté à l'adresse suivante :
<https://www.bag.admin.ch/rapport-tiques>



Et... action!

LOVE LIFE

1. Pénétration vaginale ou anale avec préservatif.
2. Et parce que chacun(e) l'aime à sa façon : faites sans tarder votre safer sex check personnel sur lovelife.ch

Liste des spécialités :

La liste des spécialités peut être consultée sur internet sous : www.listedesspecialites.ch

[] Le prix de fabrique servant de base au prix public autorisé

Valable à partir du 1^{er} mai 2022

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
01.01.30		KAPANOL (Morphini sulfas pentahydricus (2:1))	Lipomed AG		
	16626	caps ret 20 mg 28 pce Fr. 25.85 (11.79)			01.11.2021A
	16626	caps ret 50 mg 28 pce Fr. 44.25 (24.24)			01.11.2021A
	16626	caps ret 100 mg 28 pce Fr. 63.65 (41.16)			01.11.2021A
01.08 G		LÉVODOPA/BENSÉRAZIDE DEVATIS (Levodopum, Benserazidum)	Devatis AG		
	21430	cpr 62.5 mg fl 30 pce Fr. 6.65 (1.78)		68472001	01.05.2022B
	21430	cpr 62.5 mg fl 100 pce Fr. 15.00 (5.94)		68472002	01.05.2022B
	21430	cpr 125 mg fl 30 pce Fr. 8.20 (3.55)		68472003	01.05.2022B
	21430	cpr 125 mg fl 100 pce Fr. 19.70 (10.01)		68472004	01.05.2022B
	21430	cpr 250 mg fl 30 pce Fr. 15.25 (6.13)		68472005	01.05.2022B
	21430	cpr 250 mg fl 100 pce Fr. 37.80 (18.65)		68472006	01.05.2022B
01.99 G		FINGOLIMOD MEPHA (Fingolimodum)	Mepha Pharma AG		
	21422	caps 0.5 mg blist 28 pce Fr. 453.25 (380.52)		68007012	01.05.2022B
	21422	caps 0.5 mg blist 98 pce Fr. 1522.20 (1331.83)		68007014	01.05.2022B
Traitement de la sclérose en plaques (SEP) récurrente-rémittente chez l'adulte. Première prescription par un neurologue.					
01.99		PLEGRIDY (Peginterferonum beta-1a)	Biogen Switzerland AG		
	21426	sol inj 125 mcg/0.5 ml ser pré 2 pce Fr. 1109.10 (955.18)		68280001	01.05.2022B
02.05.10		VYEPTI (Eptinezumabum)	Lundbeck (Schweiz) AG		
	21307	conc perf 100 mg/ml flac 1 ml Fr. 1521.30 (1331.04)		67995001	01.05.2022B

Limitation limitée jusqu'au 30.04.2024

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur maladie, après consultation préalable du médecin conseil. L'octroi de la garantie de prise en charge des frais doit couvrir une période de 12 mois.

Le diagnostic, la prescription de VYEPTI et le suivi ne doivent être effectués que par un spécialiste FMH en neurologie.

VYEPTI est remboursé pour le traitement de patients adultes souffrant de migraine chronique préexistante depuis au moins un an (valeur de référence: au moins 15 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour sans traitement, intégralement documentés sur au moins 3 mois) ou de migraine épisodique (valeur de référence: au moins 8 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour, intégralement documentés sur au moins 3 mois, avec aura ou avec forte intensité de la douleur en association avec de fortes nausées/forts vomissements ou avec une photophobie ou phonophobie handicapante), dès lors que les patients ont insuffisamment répondu à au moins deux traitements prophylactiques avec un bêtabloquant, un antagoniste calcique, un anticonvulsivant ou l'amitriptyline ayant respectivement été utilisés pendant au moins 3 mois, ou chez lesquels tous les agents prophylactiques antimigraineux susmentionnés sont contre-indiqués ou si ces traitements ont dû être interrompus en raison d'effets secondaires prouvés et cliniquement pertinents. Une réponse insuffisante est considérée comme prouvée lorsqu'après 3 mois de traitement par un agent prophylactique antimigraineux aucune réduction d'au moins 50% du nombre de jours de migraine n'est obtenue par rapport au début du traitement.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
---------------	---------------	---	--------------------	----------	-------------------

Sur demande, les documents suivants doivent être soumis au médecin conseil de l'assureur maladie:

- Documentation de la durée du traitement avant le traitement par VYEPTI et de la réponse insuffisante au traitement par des agents prophylactiques (p.ex. à partir des antécédents médicaux ou du journal de la migraine)
- Avant le début du traitement: journal de la migraine débutant au moins 3 mois avant le traitement par VYEPTI
- Après le début du traitement: journal de la migraine après 3, 6 et 12 mois de traitement par VYEPTI

Contrôle après 3 mois:

- Le traitement par VYEPTI ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine par mois, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 3 mois, a diminué par rapport à la valeur moyenne des 3 mois précédant le début du traitement par VYEPTI et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.

Contrôle après 6 mois:

- Le traitement par VYEPTI ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine par mois, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 6 mois, a diminué d'au moins 50% par rapport à la valeur moyenne des 3 mois précédant le début du traitement par VYEPTI et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.
- La réduction d'au moins 50% du nombre de jours de migraine doit être notifiée par écrit au médecin conseil de l'assureur maladie.

Si le traitement par VYEPTI doit être interrompu après 3 ou 6 mois en raison d'une efficacité insuffisante, toute nouvelle tentative de traitement par VYEPTI, ou par un autre antagoniste des récepteurs du CGRP ou inhibiteur du CGRP, ne sera plus remboursée.

Arrêt du traitement au bout d'un an:

- Le traitement doit être arrêté au plus tard un an après le début du traitement. Si le patient présente une rechute dans les 6 mois suivant l'arrêt du traitement (au moins 8 jours de migraine sur 30 jours), la reprise d'un traitement par un antagoniste des récepteurs CGRP ou un inhibiteur du CGRP peut être demandée au moyen d'une nouvelle garantie de prise en charge des frais pour une période de 12 mois. Si la rechute survient après 6 mois, le patient doit à nouveau répondre aux critères comme pour la première prescription.

Après la 2^e année de traitement et pour les années suivantes:

- Une interruption du traitement doit être observée telle qu'indiquée ci-dessus après la 2^e année de traitement et au-delà. Le patient pourra ensuite reprendre le traitement avec des antagonistes des récepteurs du CGRP ou des inhibiteurs du CGRP s'il remplit à nouveau les critères. Ceci pourra être poursuivi tant que la thérapie sera nécessaire et efficace.

Pour les patients qui, conformément à l'information professionnelle, nécessitent une dose de 300 mg par perfusion, Lundbeck (Schweiz) AG rembourse à l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la remise, une part définie du prix de fabrication du deuxième et du troisième emballage de VYEPTI 100 mg administré et ce, dès la première demande.

Lundbeck (Schweiz) AG communique à l'assurance-maladie le montant du remboursement. La TVA ne peut pas être exigée en plus des montants remboursés. Les assurances-maladies doivent demander le remboursement auprès de Lundbeck (Schweiz) AG. La demande de remboursement doit être effectuée dès le moment de l'administration.

02.07.20	OLMESARTAN AMLODIPIN HCT ZENTIVA	Helvepharm AG		
G	(Olmesartani medoxomilum, Amlodipinum, Hydrochlorothiazidum)			
	21380 cpr pell 20/5/12.5 blist 28 pce Fr. 34.70 (15.93)		68327001	01.05.2022B
	21380 cpr pell 20/5/12.5 blist 98 pce Fr. 68.60 (45.47)		68327002	01.05.2022B
	21380 cpr pell 40/5/12.5 blist 28 pce Fr. 39.00 (19.69)		68327003	01.05.2022B
	21380 cpr pell 40/5/12.5 blist 98 pce Fr. 81.45 (56.67)		68327004	01.05.2022B
	21380 cpr pell 40/10/12.5 blist 28 pce Fr. 39.95 (20.53)		68327005	01.05.2022B
	21380 cpr pell 40/10/12.5 blist 98 pce Fr. 87.80 (62.18)		68327006	01.05.2022B
	21380 cpr pell 40/5/25 blist 28 pce Fr. 39.00 (19.69)		68327007	01.05.2022B
	21380 cpr pell 40/5/25 blist 98 pce Fr. 81.45 (56.67)		68327008	01.05.2022B
	21380 cpr pell 40/10/25 blist 28 pce Fr. 39.95 (20.53)		68327009	01.05.2022B
	21380 cpr pell 40/10/25 blist 98 pce Fr. 87.80 (62.18)		68327010	01.05.2022B

Le traitement combiné d'Olmesartan Amlodipin HCT Zentiva et d'un antagoniste du calcium I.T. 02.06. et/ou d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine II et/ou d'un inhibiteur de l'ECA ne sera pas remboursé par l'assurance de base.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
03.99		TRIKAFTA (Elexacaftorum, Tezacaftorum, Ivacaftorum)	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH		
	21144	cpr pell 50 mg/25 mg/37.5 mg + 75 mg blist 84 pce Fr. 17978.50 (17300.02)		67773002	01.05.2022A

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2024

Après l'accord de prise en charge des assureurs et l'évaluation préalable par le médecin-conseil.

Pour le traitement des patients atteints de mucoviscidose âgés de 6 à 11 ans porteurs d'au moins une mutation F508del du gène CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator).

Le diagnostic, la prescription initiale et la surveillance du traitement doivent être effectués par un centre disposant de l'expérience dans le traitement de la mucoviscidose (voir la liste du Swiss Working Group CF sur <http://www.sgpp-sspp.ch>).

L'évolution du traitement de tous les patients atteints de mucoviscidose traités par TRIKAFTA doit être consignée tous les 3 mois dans le Registre Européen de la mucoviscidose (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) (fonction pulmonaire, posologie, observance, interruption du traitement):

- Chez tous les patients, il faut déterminer la valeur initiale pour le VEMS (%) avant le début du traitement.
- Le test à la sueur doit être déterminé chez tous les patients avant le début du traitement. Ce test est à répéter une fois après 3 mois et documenté dans le registre.
- Le nombre d'exacerbations pulmonaires dans les 2 ans précédant le traitement doit être indiqué.
- Le VEMS (%) doit être mesuré tous les trois mois pendant le traitement.
- Tous les séjours hospitaliers doivent être saisis dans le registre (nombre de jours d'hospitalisation).
- Le nombre et la durée de toutes les exacerbations pulmonaires doivent être rapportés au registre.
- En cas d'exacerbation pulmonaire, le traitement antibiotique doit être rapporté comme suit: principe actif de l'antibiotique; durée de l'antibiothérapie; voie intraveineuse vs voie orale vs inhalation; hospitalisation vs traitement ambulatoire.
- Les exacerbations pulmonaires et les antibiotiques doivent être documentés tous les 6 mois après le début du traitement.
- En cas d'interruption du traitement, le motif de l'interruption doit être indiqué.

Le traitement ne doit être poursuivi au-delà de 6 et 12 mois qu'en cas:

- d'absence de détérioration persistante de la fonction pulmonaire par rapport à la valeur initiale **OU**
- de réduction du nombre d'exacerbations pulmonaires cliniquement pertinentes (avec hospitalisation, traitement antibiotique i.v.)

La société Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH rembourse à l'assurance maladie chez laquelle la personne assurée était assurée au moment de la prise en charge, ou à l'AI, respectivement, sur demande une part définie du prix de fabrication pour chaque boîte administrée. Elle indique à l'assureur-maladie le montant du remboursement. La demande du remboursement de la TVA sur ce montant n'est pas admissible.

Contact:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH

Pricing & Market Access

Baarerstrasse 88, 6300 Zug

E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

04.99	OMÉPRAZOLE AXAPHARM	Axapharm AG		
G	(Omeprazolium)			
	21386 caps 10 mg blist 7 pce Fr. 6.60 (2.18)		67962001	01.05.2022B
	21386 caps 10 mg blist 14 pce Fr. 9.10 (4.36)		67962002	01.05.2022B
	21386 caps 10 mg blist 28 pce Fr. 16.25 (7.03)		67962003	01.05.2022B
	21386 caps 10 mg blist 56 pce Fr. 28.50 (14.11)		67962004	01.05.2022B
	21386 caps 10 mg blist 98 pce Fr. 42.70 (22.93)		67962005	01.05.2022B
	21386 caps 20 mg blist 7 pce Fr. 8.50 (3.84)		67962006	01.05.2022B
	21386 caps 20 mg blist 14 pce Fr. 15.30 (6.17)		67962007	01.05.2022B
	21386 caps 20 mg blist 28 pce Fr. 27.65 (13.36)		67962008	01.05.2022B
	21386 caps 20 mg blist 56 pce Fr. 49.60 (26.55)		67962009	01.05.2022B
	21386 caps 20 mg blist 98 pce Fr. 65.65 (42.88)		67962010	01.05.2022B
	21386 caps 40 mg blist 7 pce Fr. 14.15 (5.19)		67962011	01.05.2022B
	21386 caps 40 mg blist 14 pce Fr. 20.05 (10.33)		67962012	01.05.2022B
	21386 caps 40 mg blist 28 pce Fr. 39.20 (19.84)		67962013	01.05.2022B
	21386 caps 40 mg blist 56 pce Fr. 54.40 (33.10)		67962014	01.05.2022B
	21386 caps 40 mg blist 98 pce Fr. 77.00 (52.79)		67962015	01.05.2022B

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
05.02		JINARC (Tolvaptanum, Tolvaptanum)	Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH		
	20456	cpr 45 mg/15 mg 56 pce Fr. 1695.85 (1490.17)		65676006	01.11.2016A
	20456	cpr 60 mg/30 mg 56 pce Fr. 1695.85 (1490.17)		65676009	01.11.2016A
	20456	cpr 90 mg/30 mg 56 pce Fr. 1695.85 (1490.17)		65676012	01.11.2016A
	20456	cpr 15 mg 28 pce Fr. 1695.85 (1490.17)		65676002	01.11.2016A
	20456	cpr 30 mg 28 pce Fr. 1695.85 (1490.17)		65676004	01.11.2016A

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2022

Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil. Pour freiner la progression du développement de kystes et de l'insuffisance rénale dans la polykystose rénale autosomique dominante typique (PKRAD classe 1) chez l'adulte atteint d'une maladie rénale chronique (MRC) de stade 1 à 3 au début du traitement, avec des signes d'évolution rapide de la maladie, lorsque le volume rénal total (VRT) est d'au moins 750 ml au début du traitement et le débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) d'au moins 30 ml/min/1,73 m² et lorsqu'il existe en outre une classe Mayo 1D ou 1E chez les patients atteints d'une MRC de stade 1 ou une classe Mayo 1C, 1D ou 1E chez les patients atteints d'une MRC de stade 2 et 3.

Le diagnostic, la prescription et la surveillance du traitement avec JINARC doivent être effectués exclusivement par un spécialiste en néphrologie exerçant dans un hôpital possédant un centre de néphrologie selon la définition de l'OFSP. Les centres définis par l'OFSP (cf. <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>) remplissent au moins deux des trois critères suivants:

- Le centre est une clinique de néphrologie définie comme centre de formation postgraduée FMH de catégorie A ou B.
- Au moins un spécialiste en néphrologie formé par Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH exerce dans le centre.
- Le centre s'est engagé à participer à l'étude PASS portant sur JINARC. Dans ce contexte, les données suivantes doivent être relevées: âge du patient au début du traitement, sexe du patient, DFGe avant le début du traitement, stade de la MRC et volume rénal total au début du traitement, classe Mayo au début du traitement ainsi que posologie initiale. Doivent ensuite être communiqués, tous les 6 mois: le DFGe, les modifications de la dose, la raison d'une réduction de la dose, le cas échéant, et la raison de l'arrêt du traitement, le cas échéant.

La demande de prise en charge des frais doit comporter les mentions suivantes:

- Diagnostic de PKRAD typique (classe 1) confirmé par le nombre de kystes/rein et l'âge (selon les critères de Pei-Ravine) ou au moyen d'un test génétique.
- Stade de la MRC, DFGe, volume rénal total, âge du patient et classe Mayo au début du traitement.
- Posologie initiale.

Si un patient arrête le traitement au bout d'une durée de thérapie de 3 mois ou moins, le coût total du traitement, sur la base du prix «départ usine», est remboursé par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH à l'assureur-maladie auprès duquel ce patient était assuré au moment de l'achat. La TVA ne peut pas être remboursée en plus du prix de fabrication. Est considéré comme arrêt du traitement le fait qu'un patient, après avoir acheté la première, les deux premières ou les trois premières boîtes mensuelles, n'achète plus de boîte pendant 2 mois. L'assureur-maladie demande le remboursement par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH. La demande doit avoir lieu dans les 6 mois suivant l'arrêt du traitement.

Si en raison d'un ajustement de la dose, le coût annuel du traitement dépasse celui de 13 boîtes à CHF 1695,85, le surcoût excédant ce montant devra être remboursé par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH, sur la base du prix de fabrication, à l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'achat. La TVA ne peut pas être remboursée en plus du prix de fabrication. L'assureur-maladie demande le remboursement par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH. Une période d'achat de 15 mois sera prise en compte pour l'évaluation du coût annuel du traitement. La demande de remboursement doit être faite dans le mois qui suit cette période d'achat de 15 mois.

07.12		EZÉTIMIBE ATORVASTATINE MEPHA (Ezetimibum, Atorvastatinum)	Mepha Pharma AG		
G	21415	cpr pell 10 mg/10 mg blist 30 pce Fr. 39.15 (19.83)		68282001	01.05.2022B
	21415	cpr pell 10 mg/10 mg blist 90 pce Fr. 84.70 (59.50)		68282002	01.05.2022B
	21415	cpr pell 10 mg/20 mg blist 30 pce Fr. 39.15 (19.83)		68282003	01.05.2022B
	21415	cpr pell 10 mg/20 mg blist 90 pce Fr. 84.70 (59.50)		68282004	01.05.2022B
	21415	cpr pell 10 mg/40 mg blist 30 pce Fr. 39.15 (19.83)		68282005	01.05.2022B
	21415	cpr pell 10 mg/40 mg blist 90 pce Fr. 84.70 (59.50)		68282006	01.05.2022B
	21415	cpr pell 10 mg/80 mg blist 30 pce Fr. 39.15 (19.83)		68282007	01.05.2022B
	21415	cpr pell 10 mg/80 mg blist 90 pce Fr. 84.70 (59.50)		68282008	01.05.2022B

Pour la réduction du risque cardiovasculaire lorsque la catégorie de risque est très élevée, respectivement élevée (selon la catégorie de risque du GSLA), si les valeurs cibles du cholestérol LDL correspondantes (1.8 mmol/l pour un risque très élevé, respectivement 2.5 mmol/l pour un risque élevé) n'ont pas été atteintes sous un traitement par statine à la dose maximale tolérée.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.12 G		EZÉTİMIBE ATORVASTATINE SANDOZ (Ezetimibum, Atorvastatinum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21427	cpr pell 10/10 mg blist 30 pce Fr. 39.45 (20.08)		68284001	01.05.2022B
	21427	cpr pell 10/10 mg blist 90 pce Fr. 85.55 (60.24)		68284002	01.05.2022B
	21427	cpr pell 10/20 mg blist 30 pce Fr. 39.45 (20.08)		68284003	01.05.2022B
	21427	cpr pell 10/20 mg blist 90 pce Fr. 85.55 (60.24)		68284004	01.05.2022B
	21427	cpr pell 10/40 mg blist 30 pce Fr. 39.45 (20.08)		68284005	01.05.2022B
	21427	cpr pell 10/40 mg blist 90 pce Fr. 85.55 (60.24)		68284006	01.05.2022B
	21427	cpr pell 10/80 mg blist 30 pce Fr. 39.45 (20.08)		68284007	01.05.2022B
	21427	cpr pell 10/80 mg blist 90 pce Fr. 85.55 (60.24)		68284008	01.05.2022B

Pour la réduction du risque cardiovasculaire lorsque la catégorie de risque est très élevée, respectivement élevée (selon la catégorie de risque du GSLA), si les valeurs cibles du cholestérol LDL correspondantes (1.8 mmol/l pour un risque très élevé, respectivement 2.5 mmol/l pour un risque élevé) n'ont pas été atteintes sous un traitement par statine à la dose maximale tolérée.

07.15		COSENTYX UNOREADY (Secukinumabum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	21385	sol inj 300 mg/2 ml stylo pré 1 pce Fr. 1440.80 (1257.63)		68324001	01.05.2022B

La prescription médicale par COSENTYX ne peut être délivrée que par des médecins spécialisés en dermatologie ou en rhumatologie ou appartenant aux cliniques universitaires spécialisées en dermatologie/rhumatologie.

Formes sévères de psoriasis en plaque

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaque, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnelles suivants (ciclosporine/méthotrexate/acittréline). Le traitement doit être interrompu si aucun résultat thérapeutique ne s'est produit après 12 semaines.

Arthrite psoriasique

Seul ou en association avec le méthotrexate utilisé pour le traitement de patients adultes atteints de psoriasis arthritique n'ayant pas réagi de manière suffisante à une thérapie antérieure avec des antirhumatismes modificateurs de la maladie (ARMM ou disease-modifying anti-rheumatic drugs, DMARD). Le traitement doit être interrompu si aucun résultat thérapeutique ne s'est produit après 16 semaines.

07.16.10		BRUKINSA (Zanubrutinibum)	BeiGene Switzerland GmbH		
	21365	caps 80 mg fl 120 pce Fr. 5357.85 (4987.15)		67998001	01.05.2022A

Zanubrutinib n'est pas remboursé chez les patients ayant progressé sous inhibiteurs de BTK.

Après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Maladie de Waldenström (MW, monothérapie)

En monothérapie pour le traitement de première ligne de patients adultes symptomatiques atteints d'une MW pour lesquels une immunochemiothérapie à base de rituximab (DRC, BR, BDR, VR) n'est pas envisageable, ou en monothérapie pour le traitement de patients adultes symptomatiques atteints d'une MW ayant reçu au moins un traitement antérieur et qui ont eu une rechute dans les 24 mois suivant un régime thérapeutique à base de Rituximab.

07.16.10		CAPRELSA (Vandetanibum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	19924	cpr 100 mg blist 30 pce Fr. 2565.20 (2282.82)		62341001	01.12.2012A
	19924	cpr 300 mg blist 30 pce Fr. 5193.05 (4826.37)		62341002	01.12.2012A

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

Traitement du cancer médullaire de la thyroïde métastatique et non opérable avec progression rapide et présence de symptômes. Les patients peuvent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Le traitement nécessite la garantie de prise en charge des frais de l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		ROZLYTREK (Entrectinibum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	21183	caps 100 mg fl 30 pce Fr. 1239.40 (1074.01)		67280001	01.05.2022A
	21183	caps 200 mg fl 90 pce Fr. 6851.15 (6444.04)		67280002	01.05.2022A

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2022

Tumeurs solides

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

ROZLYTREK, en monothérapie, est remboursé pour le traitement de patients adultes et pédiatriques de ≥ 12 ans atteints d'une tumeur solide:

- qui présentent une tumeur porteuse d'une fusion du gène NTRK (Neurotrophic Tyrosine Receptor Kinase, récepteur à tyrosine kinase neurotrophique) sans mutation de résistance NTRK identifiée et
- dont la tumeur est métastatique ou chez lesquels une résection chirurgicale entraînerait probablement une grave morbidité, et
- qui ne disposent d'aucune option thérapeutique satisfaisante ou qui présentent une progression de la maladie suite à un traitement antérieur.

ROZLYTREK n'est pas indiqué dans le traitement de lymphomes et de tumeurs primitives du SNC.

La fusion du gène NTRK doit être attestée par une méthode appropriée avant le traitement par ROZLYTREK. Une rotation entre inhibiteurs du NTRK n'est remboursée qu'en cas de contre-indication ou d'intolérance. Les patients présentant une résistance primaire ou secondaire aux inhibiteurs du NTRK sont exclus de tout remboursement.

Le traitement par ROZLYTREK se poursuit jusqu'à la progression de la maladie ou jusqu'à la survenue d'une toxicité intolérable.

Le titulaire de l'autorisation, Roche Pharma (Suisse) SA, rembourse intégralement, au prix de fabrique actuel, les deux premiers emballages de ROZLYTREK 200 mg 90 pce acquis, à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat. De plus, le titulaire de l'autorisation, Roche Pharma (Suisse) SA, rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, dès la première demande de l'assurance, un montant de Fr. 120.43 pour chaque emballage supplémentaire de ROZLYTREK 100 mg 30 pce et de Fr. 722.58 pour chaque emballage supplémentaire de ROZLYTREK 200 mg 90 pce acquis. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en plus de cette part du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21183.01.

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2022

Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC)

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

ROZLYTREK, en monothérapie, est remboursé pour le traitement de patients adultes atteints d'un CPNPC ROS1-positif, métastatique.

La fusion du gène ROS1 doit être attestée par une méthode appropriée avant le traitement par ROZLYTREK. Une rotation entre inhibiteurs de ROS1 n'est remboursée qu'en cas de contre-indication ou d'intolérance.

Le traitement par ROZLYTREK se poursuit jusqu'à la progression de la maladie ou jusqu'à la survenue d'une toxicité intolérable.

Le titulaire de l'autorisation, Roche Pharma (Suisse) SA, rembourse intégralement, au prix de fabrique actuel, les deux premiers emballages de ROZLYTREK 200 mg 90 pce acquis, à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat. De plus, le titulaire de l'autorisation, Roche Pharma (Suisse) SA rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, dès la première demande de l'assurance, une part déterminée du prix de fabrique pour chaque emballage supplémentaire de ROZLYTREK acquis. Il indique à l'assureur-maladie la hauteur du remboursement. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en plus de cette part du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21183.02.

08.01.94		ZAVICEFTA (Ceftazidim, Avibactamum)	Pfizer AG		
	20924	subst sèche 2 g/0.5 g fl verre 10 pce Fr. 1324.20 (1151.31)		66890001	01.05.2020A

La pose de l'indication et l'instauration du traitement par ZAVICEFTA doivent être effectuées exclusivement à l'hôpital sous la supervision d'un infectiologue.

Remboursement de ZAVICEFTA pour le traitement de l'adulte présentant les infections suivantes, lorsqu'il est établi, suite à un examen de la sensibilité microbiologique, ou fortement suspecté que l'infection est due à des bactéries sensibles:

- Infections intra-abdominales compliquées (IIAc)
- Infections des voies urinaires compliquées (IVUc), dont la pyélonéphrite
- Pneumonies nosocomiales (PN), dont les pneumonies acquises sous ventilation mécanique (PAVM)

Afin d'éviter le développement rapide de résistances à ZAVICEFTA, ce traitement ne doit être utilisé pour le traitement de telles infections que lorsque les antibiotiques recommandés pour leur traitement initial sont considérés comme inadaptés en raison d'une résistance marquée ou encore de considérations d'ordre allergologique ou toxicologique. Il convient de respecter les recommandations officielles sur l'usage approprié des antibiotiques, en particulier les recommandations d'utilisation visant à éviter l'augmentation d'antibiorésistances.

Utilisation en ambulatoire: seul le nombre exact d'ampoules nécessaires au traitement ambulatoire est remboursé. Dans le cas où le contenu de l'emballage ne devait pas être utilisé dans son intégralité, seul le nombre d'ampoules administrées doit être facturé proportionnellement sur la base du prix public de l'emballage utilisé. À la première demande d'un prestataire de service n'ayant pas utilisé l'intégralité du contenu d'une boîte de ZAVICEFTA, la société Pfizer AG rembourse à celui-ci la part du prix de fabrique proportionnelle au nombre d'ampoules non utilisées. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être réclamé en plus de cette part du prix de fabrique.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
11.99		BE0VU (Brolucizumabum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	21026	sol inj 6 mg/0.05 ml ser pré 0.165 ml Fr. 1007.20 (863.07)		67244001	01.06.2020B

Limitation limitée jusqu'au 30.04.2024

Pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge exsudative (humide) – DMLA.

BE0VU ne doit être utilisé que par des ophtalmologistes qualifiés dans les cliniques/centres A, B et C (conformément à la liste des centres de formation continue de la FMH (<http://www.siwf-register.ch>) et pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Réglementation exceptionnelle: les cliniques de formation A, B et C ont le droit de collaborer avec des ophtalmologistes en cabinet pour assurer des soins qui soient proches du patient.

La collaboration se déroule sur une base consensuelle entre les deux partenaires et respecte les conditions suivantes:

a) La clinique de formation assure le premier examen ou la confirmation du diagnostic. Ce point doit être documenté pour les caisses-maladie.

b) Sur accord concernant l'indication autorisée, le médecin en cabinet peut également assurer la poursuite du traitement du patient.

Le traitement simultané des deux yeux chez un patient nécessite l'autorisation de l'assurance maladie, après consultation préalable du médecin-conseil.

II. Autres emballages et dosages

01.01.30		KAPANOL (Morphini sulfas pentahydricus (2:1))	Lipomed AG		
	16626	caps ret 50 mg fl 100 pce Fr. 105.85 (77.91)		53842002	01.05.2022A
	16626	caps ret 100 mg fl 50 pce Fr. 100.80 (73.50)		53842003	01.05.2022A
07.10.40		PENNSAID (Diclofenacum natricum)	Gebro Pharma AG		
	21027	gel pompe doseuse 112 g Fr. 42.25 (22.90)		67138001	01.05.2022D
07.10.60 0		METOJECT AUTO-INJECTEUR (Methotrexatum)	Gebro Pharma AG		
	20664	sol inj 12.5 mg / 0.25 ml auto-injecteur s tamp 1 pce Fr. 35.75 (16.84)		65672061	01.05.2022A
	20664	sol inj 17.5 mg / 0.35 ml auto-injecteur s tamp 1 pce Fr. 38.65 (19.36)		65672071	01.05.2022A
	20664	sol inj 22.5 mg / 0.45 ml auto-injecteur s tamp 1 pce Fr. 41.60 (21.97)		65672081	01.05.2022A
07.15		COSENTYX (Secukinumabum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20311	sol inj 300 mg/2 ml ser pré 1 pce Fr. 1440.80 (1257.63)		65225003	01.05.2022B

La prescription médicale par COSENTYX ne peut être délivrée que par des médecins spécialisés en dermatologie ou en rhumatologie ou appartenant aux cliniques universitaires spécialisées en dermatologie/rhumatologie.

Formes sévères de psoriasis en plaque

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaque, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine/méthotrexate/acitrétine). Le traitement doit être interrompu si aucun résultat thérapeutique ne s'est produit après 12 semaines.

Arthrite psoriasique

Seul ou en association avec le méthotrexate utilisé pour le traitement de patients adultes atteints de psoriasis arthritique n'ayant pas réagi de manière suffisante à une thérapie antérieure avec des antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM ou disease-modifying anti-rheumatic drugs, DMARD). Le traitement doit être interrompu si aucun résultat thérapeutique ne s'est produit après 16 semaines.

10.06		IALUGEN CRÈME (Natrii hyaluronas)	IBSA Institut Biochimique SA		
	15553	crème fl 500 g Fr. 221.80 (120.21)		48119042	01.05.2022D

Pour l'utilisation dans les hôpitaux, dans les services ambulatoires des plaies ainsi que dans les maisons de retraite et/ou de soins.

La quantité totale de l'emballage ne peut pas être remise directement à un assuré. Seule la quantité partielle individuelle nécessaire pour la thérapie est remboursée. Le prix de la quantité partielle individuelle remise est calculé proportionnellement au prix public de l'emballage utilisé.

10.06		IALUGEN PLUS CRÈME (Natrii hyaluronas, Sulfadiazinum argenticum)	IBSA Institut Biochimique SA		
	16096	crème fl 500 g Fr. 176.50 (139.44)		51722051	01.05.2022B

La quantité totale de l'emballage ne peut pas être remise directement à un assuré. Seule la quantité partielle individuelle nécessaire pour la thérapie est remboursée. Le prix de la quantité partielle individuelle remise est calculé proportionnellement au prix public de l'emballage utilisé.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
III. Préparations/emballages radiés					
01.05		SOLIAN (Amisulpridum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	17621	gouttes 100 mg/ml 60 ml Fr. 62.80 (40.42)		55355002	01.05.2022B
02.01.10		DIGOXINE JUVISÉ (Digoxinum)	Medius AG		
	16643	sol inj 0.500 mg 5 amp 2 ml Fr. 14.60 (5.59)		40039001	01.05.2022B
02.07.20		TRIALIX (Ramiprilum, Piretanidum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	16366	cpr 20 pce Fr. 14.25 (5.28)		52941016	01.05.2022B
	16366	cpr 100 pce Fr. 43.00 (23.16)		52941024	01.05.2022B
03.04.10		UNIFYL CONTINUS (Theophyllinum)	Mundipharma Medical Company Hamilton, - Bermuda, Basel Branch		
	14452	cpr ret 200 mg 30 pce Fr. 7.00 (2.53)		45007014	01.05.2022B
	14452	cpr ret 200 mg 60 pce Fr. 9.20 (4.43)		45007022	01.05.2022B
	14452	cpr ret 400 mg 30 pce Fr. 8.85 (4.13)		45007049	01.05.2022B
	14452	cpr ret 400 mg 60 pce Fr. 17.00 (7.66)		45007057	01.05.2022B
	14452	cpr ret 600 mg 30 pce Fr. 15.15 (6.04)		45007073	01.05.2022B
	14452	cpr ret 600 mg 60 pce Fr. 20.40 (10.63)		45007081	01.05.2022B
07.12 G		ATORVASTATIN MEPHA (Atorvastatinum)	Mepha Pharma AG		
	20239	lactabs 40 mg 100 pce Fr. 70.30 (46.94)		61322022	01.05.2022B
07.16.10 G		TEMOZOLOMID LABATEC (Temozolomidum)	Labatec Pharma SA		
	20290	caps 5 mg 5 pce Fr. 28.95 (14.52)		63193001	01.05.2022A
	20290	caps 20 mg 5 pce Fr. 83.10 (58.11)		63193003	01.05.2022A
	20290	caps 100 mg 5 pce Fr. 245.50 (199.58)		63193005	01.05.2022A
	20290	caps 140 mg 5 pce Fr. 483.35 (406.77)		63193007	01.05.2022A
	20290	caps 180 mg 5 pce Fr. 427.15 (357.79)		63193009	01.05.2022A
	20290	caps 250 mg 5 pce Fr. 589.50 (499.20)		63193011	01.05.2022A
08.01.60 G		CLAROMYCINE (Clarithromycinum)	Spirig HealthCare AG		
	18305	cpr pell 250 mg 14 pce Fr. 25.60 (11.57)		57262014	01.05.2022A
	18305	cpr pell 250 mg 20 pce Fr. 34.05 (15.36)		57262015	01.05.2022A
	18305	cpr pell 500 mg 14 pce Fr. 38.00 (18.82)		57262017	01.05.2022A
	18305	cpr pell 500 mg 20 pce Fr. 50.35 (29.58)		57262018	01.05.2022A
08.02.10		MYAMBTOL (Ethambutoli hydrochloridum)	Labatec Pharma SA		
	10735	cpr pell 100 mg fl 100 pce Fr. 35.90 (16.99)		33153024	01.05.2022B

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV. Réduction de prix					
IV.a. Baisses de prix volontaires dans les 18 mois suivant l'admission sur la LS					
ERIVEDGE caps 150 mg 28 pce	Roche Pharma (Schweiz) AG	071640	20038	5454.20	5081.18
IV.b. Mut. de prix 1 année après l'introduction dans LS					
OLUMIANT cpr pell 2 mg 28 pce cpr pell 4 mg 28 pce	Eli Lilly (Suisse) SA	071500	20636 20636	1058.75 1058.75	909.27 909.27
IV.c. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans					
ACNÉ CRÈME PLUS crème Widmer tb 30 ml	Louis Widmer AG	100200	14970	11.50	6.24
ACNÉ CRÈME PLUS crème Widmer (ancien) 30 ml	Louis Widmer AG	100200	14970	11.50	6.24
GLAUPAX cpr 250 mg 40 pce cpr 250 mg 100 pce	OmniVision AG	050100	12377 12377	17.00 38.40	7.67 19.16
LIPANTHYL 200 M caps 200 mg (nouveau) 30 pce caps 200 mg (nouveau) 100 pce	Mylan Pharma GmbH	071200	16559 16559	20.65 54.90	10.85 33.54
LIPANTHYL 267 M caps 267 mg 30 pce caps 267 mg 90 pce	Mylan Pharma GmbH	071200	16559 16559	36.30 71.75	17.32 48.20
WELLBUTRIN XR cpr ret 150 mg 30 pce cpr ret 300 mg 30 pce	GlaxoSmithKline AG	010600	18620 18620	40.95 56.65	21.38 35.07
IV.d. Mutation de prix normale					
BEOVU sol inj 6 mg/0.05 ml ser préemp ser pré 0.165 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	119900	21026	1007.20	863.07
CAPRELSA cpr 300 mg blist 30 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610	19924	5193.05	4826.37
ECALTA subst sèche 100 mg flac 1 pce	Pfizer AG	080600	19177	470.35	395.42
TRIKAFTA cpr pell 100 mg/50 mg/75 mg + 150 mg blist 84 pce	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	21144	17978.50	17300.02

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
--	--------------------	-----------------	---------------	--------------	---------------------

V. Modifications de la limitation/de l'indication

ECALTA subst sèche 100 mg Conc perf 1 pce	Pfizer AG	080600	19177	470.35	395.42
---	-----------	--------	-------	--------	--------

Vieille limitation :

Traitement des candidémies et des formes invasives de la candidose chez les patients adultes récemment exposés à un azolé (par ex. fluconazole). Ne convient pas au traitement des infections à Aspergillus.

Nouvelle limitation :

Traitement des candidémies et des formes invasives de la candidose chez les patients âgés d'1 mois et plus récemment exposés à un azolé (par ex. fluconazole). Ne convient pas au traitement des infections à Aspergillus.

TRIKAFTA cpr pell 100mg/50mg/75mg + 150 mgb blist 84 pce	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	21144	17978.50	17300.02
---	----------------------------------	--------	-------	----------	----------

Vieille limitation :

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2024

Après l'accord de prise en charge des assureurs et l'évaluation préalable par le médecin-conseil.

Seulement pour le traitement des patients atteints de mucoviscidose âgés de 12 ans et plus porteurs d'au moins une mutation F508del du gène CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator).

Le diagnostic, la prescription initiale et la surveillance du traitement doivent être effectués par un centre disposant de l'expérience dans le traitement de la mucoviscidose (voir la liste du Swiss Working Group CF sur <http://www.sgpp-sspp.ch>).

Critères avant le début du traitement:

Utilisation uniquement chez les patients avec un conseil diététique avant le début du traitement ET une physiothérapie respiratoire et une thérapie par inhalation existantes et à poursuivre **ET**

- un VEMS < 90% avant le début du traitement **OU**
- plusieurs exacerbations pulmonaires par an **OU**
- l'administration régulière d'antibiotiques **OU**
- des lésions pulmonaires prouvées par procédé d'imagerie (CT ou IRM) avant le début du traitement.

En cas de changement de traitement à TRIKAFTA chez des patients traités pendant plusieurs mois par KALYDECO, ORKAMBI ou SYMDEKO conformément à la limitation de la LS, il n'est pas nécessaire de démontrer à nouveau les critères mentionnés ci-dessus avant le début du traitement.

L'évolution du traitement de tous les patients atteints de mucoviscidose traités par TRIKAFTA doit être consignée tous les 3 mois dans le Registre Européen de la mucoviscidose (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) (anamnèse, fonction pulmonaire, posologie, observance, interruption du traitement):

- Chez tous les patients, il faut déterminer la valeur initiale pour le VEMS (%) avant le début du traitement.
- Le test à la sueur doit être déterminé chez tous les patients avant le début du traitement. Ce test est à répéter une fois après 3 mois et documenté dans le registre.
- Le nombre d'exacerbations pulmonaires dans les 2 ans précédant le traitement doit être indiqué.
- Le VEMS (%) doit être mesuré tous les trois mois pendant le traitement.
- Tous les séjours hospitaliers doivent être saisis dans le registre (nombre de jours d'hospitalisation).
- Le nombre et la durée de toutes les exacerbations pulmonaires doivent être rapportés au registre.
- En cas d'exacerbation pulmonaire, le traitement antibiotique doit être rapporté comme suit : principe actif de l'antibiotique; durée de l'antibiothérapie; voie intraveineuse vs voie orale vs inhalation; hospitalisation vs traitement ambulatoire.
- Les exacerbations pulmonaires et les antibiotiques doivent être documentés tous les 6 mois après le début du traitement.
- En cas d'interruption du traitement, le motif de l'interruption doit être indiqué.

Le traitement ne doit être poursuivi au-delà de 6 et 12 mois qu'en cas:

- d'absence de détérioration persistante de la fonction pulmonaire par rapport à la valeur initiale **OU**
- de réduction du nombre d'exacerbations pulmonaires cliniquement pertinentes (avec hospitalisation, traitement antibiotique i.v.)

La société Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH rembourse à l'assurance maladie chez laquelle la personne assurée était assurée au moment de la prise en charge, ou à l'Al, respectivement, sur demande une part définie du prix de fabrication pour chaque boîte administrée. Elle indique à l'assureur-maladie le montant du remboursement. La demande du remboursement de la TVA sur ce montant n'est pas admissible.

Contact:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH
Pricing & Market Access
Baarerstrasse 88
6300 Zug
E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
--	--------------------	---------------	---------------	--------------	------------------

Nouvelle limitation:

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2024

Après l'accord de prise en charge des assureurs et l'évaluation préalable par le médecin-conseil.

Pour le traitement des patients atteints de mucoviscidose âgés de 12 ans et plus porteurs d'au moins une mutation F508del du gène CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator).

Le diagnostic, la prescription initiale et la surveillance du traitement doivent être effectués par un centre disposant de l'expérience dans le traitement de la mucoviscidose (voir la liste du Swiss Working Group CF sur <http://www.sgpp-sspp.ch>).

Critères avant le début du traitement:

Utilisation uniquement chez les patients avec un conseil diététique avant le début du traitement ET une physiothérapie respiratoire et une thérapie par inhalation existantes et à poursuivre **ET**

- un VEMS < 90% avant le début du traitement **OU**
- plusieurs exacerbations pulmonaires par an **OU**
- l'administration régulière d'antibiotiques **OU**

• des lésions pulmonaires prouvées par procédé d'imagerie (CT ou IRM) avant le début du traitement.

En cas de changement de traitement à TRIKAFTA chez des patients traités pendant plusieurs mois par KALYDECO, ORKAMBI ou SYMDEKO conformément à la limitation de la LS, il n'est pas nécessaire de démontrer à nouveau les critères mentionnés ci-dessus avant le début du traitement.

L'évolution du traitement de tous les patients atteints de mucoviscidose traités par TRIKAFTA doit être consignée tous les 3 mois dans le Registre Européen de la mucoviscidose (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) (anamnèse, fonction pulmonaire, posologie, observance, interruption du traitement):

- Chez tous les patients, il faut déterminer la valeur initiale pour le VEMS (%) avant le début du traitement.
- Le test à la sueur doit être déterminé chez tous les patients avant le début du traitement. Ce test est à répéter une fois après 3 mois et documenté dans le registre.
- Le nombre d'exacerbations pulmonaires dans les 2 ans précédant le traitement doit être indiqué.
- Le VEMS (%) doit être mesuré tous les trois mois pendant le traitement.
- Tous les séjours hospitaliers doivent être saisis dans le registre (nombre de jours d'hospitalisation).
- Le nombre et la durée de toutes les exacerbations pulmonaires doivent être rapportés au registre.
- En cas d'exacerbation pulmonaire, le traitement antibiotique doit être rapporté comme suit: principe actif de l'antibiotique; durée de l'antibiothérapie; voie intraveineuse vs voie orale vs inhalation; hospitalisation vs traitement ambulatoire.
- Les exacerbations pulmonaires et les antibiotiques doivent être documentés tous les 6 mois après le début du traitement.
- En cas d'interruption du traitement, le motif de l'interruption doit être indiqué.

Le traitement ne doit être poursuivi au-delà de 6 et 12 mois qu'en cas:

- d'absence de détérioration persistante de la fonction pulmonaire par rapport à la valeur initiale **OU**
- de réduction du nombre d'exacerbations pulmonaires cliniquement pertinentes (avec hospitalisation, traitement antibiotique i.v.)

La société Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH rembourse à l'assurance maladie chez laquelle la personne assurée était assurée au moment de la prise en charge, ou à l'AI, respectivement, sur demande une part définie du prix de fabrication pour chaque boîte administrée. Elle indique à l'assureur-maladie le montant du remboursement. La demande du remboursement de la TVA sur ce montant n'est pas admissible.

Contact:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH

Pricing & Market Access

Baarerstrasse 88, 6300 Zug

E-Mail: PMA-CH@vrtx.com

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
--	--------------------	---------------	---------------	--------------	------------------

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2024

Après l'accord de prise en charge des assureurs et l'évaluation préalable par le médecin-conseil.

Pour le traitement des patients atteints de mucoviscidose âgés de 6 à 11 ans porteurs d'au moins une mutation F508del du gène CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator).

Le diagnostic, la prescription initiale et la surveillance du traitement doivent être effectués par un centre disposant de l'expérience dans le traitement de la mucoviscidose (voir la liste du Swiss Working Group CF sur <http://www.sgpp-sspp.ch>).

L'évolution du traitement de tous les patients atteints de mucoviscidose traités par TRIKAFTA doit être consignée tous les 3 mois dans le Registre Européen de la mucoviscidose (<https://www.ecfs.eu/ecfspr>) (fonction pulmonaire, posologie, observance, interruption du traitement):

- Chez tous les patients, il faut déterminer la valeur initiale pour le VEMS (%) avant le début du traitement.
- Le test à la sueur doit être déterminé chez tous les patients avant le début du traitement. Ce test est à répéter une fois après 3 mois et documenté dans le registre.
- Le nombre d'exacerbations pulmonaires dans les 2 ans précédant le traitement doit être indiqué.
- Le VEMS (%) doit être mesuré tous les trois mois pendant le traitement.
- Tous les séjours hospitaliers doivent être saisis dans le registre (nombre de jours d'hospitalisation).
- Le nombre et la durée de toutes les exacerbations pulmonaires doivent être rapportés au registre.
- En cas d'exacerbation pulmonaire, le traitement antibiotique doit être rapporté comme suit: principe actif de l'antibiotique; durée de l'antibiothérapie; voie intraveineuse vs voie orale vs inhalation; hospitalisation vs traitement ambulatoire.
- Les exacerbations pulmonaires et les antibiotiques doivent être documentés tous les 6 mois après le début du traitement.
- En cas d'interruption du traitement, le motif de l'interruption doit être indiqué.

Le traitement ne doit être poursuivi au-delà de 6 et 12 mois qu'en cas:

- d'absence de détérioration persistante de la fonction pulmonaire par rapport à la valeur initiale **OU**
- de réduction du nombre d'exacerbations pulmonaires cliniquement pertinentes (avec hospitalisation, traitement antibiotique i.v.)

La société Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH rembourse à l'assurance maladie chez laquelle la personne assurée était assurée au moment de la prise en charge, ou à l'AI, respectivement, sur demande une part définie du prix de fabrication pour chaque boîte administrée. Elle indique à l'assureur-maladie le montant du remboursement. La demande du remboursement de la TVA sur ce montant n'est pas admissible.

Contact:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH

Pricing & Market Access

Baarerstrasse 88, 6300 Zug

E-Mail: PMA-CH@vrtx.com



**LE DON D'ORGANES : PARLEZ-EN
POUR LE BIEN DE VOS PROCHES**

VIVRE-PARTAGER.CH

**Parler au nom des autres, ce n'est pas facile.
Je fais part de ma volonté à mes proches.
Ils pourront ainsi prendre la décision appropriée.**



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

swiss
transplant 

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

« Les antibiotiques
sauvent des vies :
utilisons-les avec
parcimonie. »



Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Genève		1976776-1976800
		7357396
Fribourg		9914985
		9914997
Vaud		9829103
		9829104
		9829105

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine

19/2022