



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 17 avril 2023

Semaine

OFSP-Bulletin 16/2023

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

Liste des spécialités, p. 10

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

Cavelti AG
Wilerstrasse 73
CH-9201 Gossau
Téléphone 071 388 81 81

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	7
Rapport hebdomadaire des affections grippales	7
Liste des spécialités	10
Corrigendum Liste des spécialités	21
Vol d'ordonnances	23

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 14^e semaine (11.04.2023)^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 Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

^f Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire.

Maladies infectieuses :

Situation à la fin de la 14^e semaine (11.04.2023)^a

	Semaine 14			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	3 1.8	9 5.3	4 2.4	12 1.8	14 2.1	7 1	139 1.6	99 1.1	51 0.6	39 1.6	32 1.4	14 0.6
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	239 141.6	1116 661.1	5 3	1709 253.1	5429 804	9 1.3	25560 291.2	9995 113.9	79 0.9	11922 504.5	9554 404.3	26 1.1
Légionellose	5 3	4 2.4	3 1.8	18 2.7	23 3.4	20 3	684 7.8	668 7.6	494 5.6	106 4.5	90 3.8	99 4.2
Méningocoques: maladie invasive	1 0.6			7 1	1 0.2		25 0.3	11 0.1	9 0.1	13 0.6	4 0.2	1 0.04
Pneumocoques: maladie invasive	23 13.6	29 17.2	10 5.9	85 12.6	83 12.3	36 5.3	942 10.7	607 6.9	304 3.5	377 16	196 8.3	88 3.7
Rougeole							6 0.07		1 0.01	5 0.2		
Rubéole^c												
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose	8 4.7	4 2.4	5 3	30 4.4	23 3.4	33 4.9	363 4.1	357 4.1	340 3.9	96 4.1	92 3.9	88 3.7
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	91 53.9	91 53.9	101 59.8	290 43	379 56.1	272 40.3	7344 83.7	7101 80.9	6173 70.3	1320 55.8	1620 68.6	1258 53.2
Hépatite A	3 1.8		2 1.2	7 1	4 0.6	8 1.2	53 0.6	46 0.5	51 0.6	21 0.9	15 0.6	18 0.8
Hépatite E	1 0.6	4 2.4	10 5.9	6 0.9	8 1.2	35 5.2	79 0.9	85 1	147 1.7	26 1.1	22 0.9	105 4.4
Infection à E. coli entérohémorragique	19 11.3	13 7.7	17 10.1	69 10.2	61 9	50 7.4	1235 14.1	1002 11.4	706 8	235 9.9	198 8.4	142 6
Listériose	3 1.8	3 1.8	1 0.6	5 0.7	4 0.6	1 0.2	78 0.9	43 0.5	51 0.6	15 0.6	15 0.6	5 0.2
Salmonellose, S. typhi/paratyphi				3 0.4			13 0.2	5 0.06	2 0.02	5 0.2	3 0.1	
Salmonellose, autres	16 9.5	33 19.6	23 13.6	84 12.4	82 12.1	67 9.9	1895 21.6	1513 17.2	1241 14.1	297 12.6	236 10	219 9.3
Shigellose	3 1.8	6 3.6		9 1.3	13 1.9		198 2.3	127 1.4	31 0.4	42 1.8	36 1.5	7 0.3

	Semaine 14			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydie	232 137.4	231 136.8	284 168.2	881 130.5	999 148	978 144.8	12915 147.1	12106 137.9	11352 129.3	3387 143.3	3297 139.5	3373 142.7
Gonorrhée	114 67.5	109 64.6	73 43.2	373 55.2	412 61	272 40.3	5196 59.2	4457 50.8	3409 38.8	1408 59.6	1343 56.8	973 41.2
Hépatite B, aiguë			1 0.6	1 0.2	1 0.2	1 0.2	13 0.2	19 0.2	17 0.2	3 0.1	5 0.2	2 0.08
Hépatite B, total déclarations	29	31	19	118	113	77	1155	1070	951	342	332	295
Hépatite C, aiguë					1 0.2	1 0.2	7 0.08	10 0.1	19 0.2	1 0.04	1 0.04	4 0.2
Hépatite C, total déclarations	25	26	27	80	82	74	1092	955	924	275	261	268
Infection à VIH	9 5.3	10 5.9	10 5.9	25 3.7	30 4.4	26 3.8	333 3.8	336 3.8	285 3.2	82 3.5	100 4.2	92 3.9
Sida		2 1.2	2 1.2	1 0.2	4 0.6	6 0.9	37 0.4	44 0.5	51 0.6	6 0.2	11 0.5	16 0.7
Syphilis, stades précoces*	3 1.8	22 13	16 9.5	23 3.4	68 10.1	52 7.7	717 8.2	751 8.6	604 6.9	155 6.6	224 9.5	169 7.2
Syphilis, total	6 3.6	29 17.2	25 14.8	40 5.9	87 12.9	70 10.4	967 11	1001 11.4	808 9.2	221 9.4	297 12.6	232 9.8
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose			1 0.6	1 0.2		1 0.2	8 0.09	5 0.06	4 0.05	2 0.08		1 0.04
Chikungunya				1 0.2			11 0.1	6 0.07	1 0.01	6 0.2		
Dengue		1 0.6	1 0.6	7 1	1 0.2	2 0.3	133 1.5	29 0.3	18 0.2	34 1.4	8 0.3	5 0.2
Encéphalite à tiques	1 0.6	1 0.6	3 1.8	6 0.9	3 0.4	8 1.2	395 4.5	281 3.2	459 5.2	11 0.5	7 0.3	11 0.5
Fièvre du Nil occidental									1 0.01			
Fièvre jaune												
Fièvre Q	8 4.7	3 1.8	3 1.8	16 2.4	5 0.7	11 1.6	103 1.2	96 1.1	73 0.8	32 1.4	20 0.8	32 1.4
Infection à Hantavirus								6 0.07				
Infection à virus Zika							1 0.01		1 0.04			
Paludisme	1 0.6	5 3	3 1.8	22 3.3	17 2.5	13 1.9	317 3.6	285 3.2	99 1.1	79 3.3	77 3.3	44 1.9
Trichinellose		1 0.6			1 0.2		2 0.02	2 0.02	4 0.05		2 0.08	1 0.04
Tularémie			5 3	1 0.2	2 0.3	20 3	117 1.3	200 2.3	161 1.8	10 0.4	14 0.6	54 2.3
Autres déclarations												
Botulisme	1 0.6			1 0.2			2 0.02	1 0.01	1 0.01	2 0.08	1 0.04	1 0.04
Diphthérie ^f							86 1	5 0.06	2 0.02	5 0.2	1 0.04	
Maladie de Creutzfeldt-Jakob			1 0.6	3 0.4		1 0.2	27 0.3	28 0.3	21 0.2	9 0.4	6 0.2	6 0.2
Tétanos												
Variole du singe				1 0.2			553 6.3			2 0.08		



Et... action!



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

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella:

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 7.4.2023 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	11		12		13		14		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³						
Oreillons	1	0.1	0	0	0	0	0	0	0.3	0
Coqueluche	1	0.1	0	0	0	0	0	0	0.3	0
Piqûre de tiques	3	0.2	1	0.1	2	0.2	2	0.2	2	0.2
Borréliose de Lyme	2	0.2	0	0	0	0	0	0	0.5	0.1
Herpès zoster	7	0.5	12	1	7	0.6	8	1	8.5	0.8
Néuralgies post-zostériennes	2	0.2	1	0.1	1	0.1	2	0.2	1.5	0.2
Médecins déclarants	159		154		151		128		148	

Rapport hebdomadaire des affections grippales

Le rapport hebdomadaire sur la grippe se fait par voie électronique et est disponible à l'adresse : www.bag.admin.ch/rapport-grippe
(versione italiana: www.bag.admin.ch/rapporto-influenza)

La mise à jour a lieu le mercredi à 12h00.



Le don d'organes?

- décider
- communiquer
- consigner

vivre-
partager.ch

Faites-le
pour vous.



Décidez de ce qu'il advient de votre corps, de votre vivant et après.
Consignez votre volonté sur le don d'organes et informez-en vos proches.



CONFÉRENCE
nationale
sur la **DÉMENCE**

Centre de congrès Kreuz, Berne
et en ligne

11 mai 2023

Qualité de vie et démence :
le rôle des interventions
non médicamenteuses

www.conference-demence.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} avril 2023

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
01.99 G		FINGOLIMOD DEVATIS (Fingolimodum)	Devatis AG		
	21591	caps 0.5 mg fl 28 pce Fr. 453.25 (380.52)		68406004	01.04.2023, B
	21591	caps 0.5 mg fl 98 pce Fr. 1522.20 (1331.83)		68406006	01.04.2023, B
Traitement de la sclérose en plaques (SEP) récurrente-rémittente chez l'adulte. Première prescription par un neurologue.					
07.16		IMLYGIC (Talimogenum laherparepvecum)	Amgen Switzerland AG		
	20931	sol inj 1 mio UFP/ml flac 1 pce Fr. 2297.65 (2038.89)		65812001	01.12.2017, A
	20931	sol inj 100 mio UFP/ml flac 1 pce Fr. 2297.65 (2038.89)		65812002	01.12.2017, A
IMLYGIC est pris en charge en monothérapie, pour le traitement locale de première intention des mélanomes non résécables, avec métastases régionales ou à distance (AJCC 7th edition : stade IIB, IIC et IVM1a, AJCC 8th edition : stade IIIA sans T1a/T2a, N1a/N2a, IIIB sans T3a, N1a/N2a, IIC sans T4a, N1a/N2a, IID, IVM1a) sans métastases osseuses, cérébrales, pulmonaires ou autres métastases viscérales, chez les patients adultes systémiquement asymptomatiques avec une faible charge tumorale et une lente progression. En l'absence d'effet thérapeutique (maladie stable, réponse partielle ou complète) ou si la progression n'est pas confirmée (pseudoprogession), le traitement doit être interrompu au plus tard après 6 mois. Dans le cas d'une progression confirmée, le traitement par IMLYGIC doit être interrompu. La durée maximale de traitement sans interruption s'élève à 18 mois. Seuls les centres spécialisés et informés du Swissmedic Risk Minimisation Program, disposant de cliniques de dermatologie et d'oncologie médicale, ou les centres universitaires disposant de cliniques de dermato-oncologie, sont habilités à administrer un traitement par IMLYGIC, car ils ont l'infrastructure, les connaissances professionnelles et l'expérience pour prendre en charge des patients atteints de mélanome. Avant le début du traitement, une demande de prise en charge des frais doit être faite auprès de l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil. La réinstauration du traitement, après avoir terminé la thérapie par IMLYGIC, n'est pas prise en charge. L'utilisation néoadjuvante d'IMLYGIC en association avec une intervention chirurgicale n'est pas obligatoirement pris en charge.					
07.16.10 G		TEMOZOLOMID DEVATIS (Temozolomidum)	Devatis AG		
	21592	caps 5 mg fl 5 pce Fr. 20.30 (10.55)		68606001	01.04.2023, A
	21592	caps 5 mg fl 20 pce Fr. 60.85 (38.73)		68606002	01.04.2023, A
	21592	caps 20 mg fl 5 pce Fr. 64.85 (42.20)		68606003	01.04.2023, A
	21592	caps 20 mg fl 20 pce Fr. 188.20 (149.65)		68606004	01.04.2023, A
	21592	caps 100 mg fl 5 pce Fr. 222.60 (179.62)		68606005	01.04.2023, A
	21592	caps 100 mg fl 20 pce Fr. 742.95 (632.90)		68606006	01.04.2023, A
	21592	caps 140 mg fl 5 pce Fr. 355.55 (295.43)		68606007	01.04.2023, A
	21592	caps 140 mg fl 20 pce Fr. 1203.20 (1040.98)		68606008	01.04.2023, A
	21592	caps 180 mg fl 5 pce Fr. 386.05 (322.01)		68606009	01.04.2023, A
	21592	caps 180 mg fl 20 pce Fr. 1474.15 (1288.05)		68606010	01.04.2023, A
	21592	caps 250 mg fl 5 pce Fr. 532.15 (449.28)		68606011	01.04.2023, A

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.20 G		ABIRATERON VIATRIS (Abirateroni acetat)	Mylan Pharma GmbH		
	21600	cpr pell 500 mg 56 pce Fr. 1046.15 (897.80)		68890001	01.04.2023, B
	21600	cpr pell 1000 mg 28 pce Fr. 1046.15 (897.80)		68890002	01.04.2023, B

En association avec des agonistes de la LH-RH et la prednison ou de la prednisolone pour le traitement du cancer métastatique de la prostate résistant à la castration (mCRPC), sans métastases viscérales et sans métastases hépatiques, chez des patients asymptomatiques ou ne présentant que des symptômes légers, après échec d'un traitement par suppression androgénique et chez lesquels une chimiothérapie n'est pas indiquée cliniquement.

En association avec des agonistes de la LH-RH et la prednison ou la prednisolone pour le traitement du cancer métastatique avancé de la prostate en progression chez des patients déjà traités par docétaxel, après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

Pour le traitement en association avec de la prednison ou de la prednisolone (5 mg/jour) et un traitement par suppression androgénique (ADT) chez les patients présentant un carcinome métastatique de la prostate hormonosensible (mHSPC) à haut risque nouvellement diagnostiqué au cours des 3 derniers mois. Chez les patients n'ayant pas subi d'orchidectomie, l'administration d'abiraterone doit commencer au cours des 3 mois suivant le début de la suppression androgénique.

Un risque élevé est défini par la présence d'au moins 2 des 3 facteurs de risque suivants: (1) score de Gleason ≥ 8 ; (2) présence d'au moins 3 lésions à la scintigraphie osseuse; (3) présence de métastases viscérales mesurables (hors atteinte ganglionnaire).

En cas d'arrêt du traitement rendu nécessaire par des effets indésirables survenus au cours des 10 jours suivant le début du traitement, Mylan Pharma GmbH remboursera à l'assureur-maladie les coûts de la totalité de l'emballage. Les arrêts de traitement doivent être immédiatement notifiés à l'assureur-maladie par le médecin traitant.

07.16.20 O		ARIMIDEX (IP) (Anastrozolum)	APS-Arzneimittel-Parallelimport-Service AG		
	21583	cpr pell 1 mg blist 28 pce Fr. 91.15 (65.13)		68805001	01.04.2023, B
	21583	cpr pell 1 mg blist 112 pce Fr. 262.00 (213.93)		68805002	01.04.2023, B

07.16.20		NUBEQA (Darolutamidum)	Bayer (Schweiz) AG		
	21068	cpr pell 300 mg blist 112 pce Fr. 3388.70 (3066.07)		67521001	01.04.2023, B

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2026

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

NUBEQA, associé au docétaxel et à un traitement antiandrogénique (ADT), est remboursé pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer de la prostate hormono-sensible métastatique (mHSPC) à haut volume tumoral/haut risque pour lesquels un traitement par docétaxel est indiqué. (Score de performance ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) de 0 ou 1).

Le remboursement peut au maximum être poursuivi jusqu'à la progression de la maladie ou jusqu'à la survenue d'une toxicité inacceptable.

07.99		GIVLAARI (Givosiranum)	Alnylam Switzerland GmbH		
	21174	sol inj 189 mg/ml flac 1 ml Fr. 45553.00 (44201.97)		67895001	01.04.2023, B

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2026

Pour le traitement des adultes atteints de porphyrie hépatique aiguë (PHA) qui

- ont eu au moins 4 (quatre) crises de porphyrie confirmées cliniquement au cours des 12 derniers mois, nécessitant une hospitalisation, une consultation médicale ou l'administration intraveineuse (i. v.) d'hémine à domicile,
- ont des taux urinaires élevés d'ALA/PBG.

GIVLAARI ne peut pas être remboursé quand l'ayant droit souffre d'une insuffisance hépatique modérée ou sévère ou d'une insuffisance rénale terminale ou est sous dialyse. Les porphyries non aiguës sont exclues du remboursement.

Instauration du traitement:

Le diagnostic de PHA et l'instauration du traitement doivent être réalisés dans le centre de référence des porphyries (hôpital municipal Triemli à Zurich).

Avant l'instauration du traitement, le centre de référence doit obtenir une garantie de prise en charge des frais auprès de l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. L'assureur-maladie ne peut accorder une garantie de prise en charge des frais que si le centre de référence enregistre en continu les données dans le registre ELEVATE au cours du traitement et confirme l'enregistrement au médecin-conseil dans le cadre de la demande de prise en charge des frais. Si un patient ne donne pas son consentement à l'enregistrement de ses données dans le registre ELEVATE, cela doit faire l'objet d'un rapport.

À partir du 12^e mois de traitement, le traitement peut aussi être administré à domicile chez les patients stables, mais une visite de contrôle dans le centre de référence doit avoir lieu environ tous les 6 mois (5 à 7 mois). La demande annuelle de garantie de prise en charge des frais doit être effectuée par le centre de référence.

Arrêt du traitement:

Le traitement doit être arrêté si le taux annualisé de crises à 24 mois n'a pas diminué de 50 % par rapport au début du traitement.

Remboursements:

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat du médicament, le titulaire de l'autorisation Alnylam Switzerland SA rembourse un montant convenu du prix de fabrication pour chaque emballage de GIVLAARI acheté. Le titulaire de l'autorisation informe l'assureur-maladie du montant correspondant qui est remboursé sur la base du prix de fabrication par flacon. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de cette part du prix de fabrication. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.

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

Seul un flacon par mois ou par administration est remboursé. Chez les patients ayant besoin de plus d'un flacon en raison de leur poids corporel, ces flacons supplémentaires sont intégralement remboursés à l'assureur-maladie correspondant (prix de fabrique). La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant (sur la base du prix de fabrique).

En outre, le titulaire de l'autorisation rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat du médicament le montant total du prix de fabrique pour le nombre d'emballages qui dépasse un nombre défini d'emballages par année de traitement et par patient. Le titulaire de l'autorisation informe l'assureur-maladie du nombre limite de flacons par patient et par année de traitement au-delà duquel il rembourse le prix de fabrique par emballage. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant (sur la base du prix de fabrique).

08.01.90		TENKASI (Oritavancinum)	A. Menarini GmbH		
	21404	subst sèche 400 mg flac 3 pce Fr. 2443.05 (2171.48)		68135001	01.04.2023, A

Pour le traitement d'infections bactériennes aiguës de la peau et des tissus mous (IBAPTM) chez les adultes. Cela inclut les types d'infection suivants: cellulite/érysipèle, infection de plaie ou abcès cutané majeurs dont l'érythème est $\geq 75\text{cm}^2$ et ≥ 2 signes d'infection systémique. Le traitement par TENKASI n'est indiqué que si les antibiotiques recommandés pour le traitement initial de ces infections ne sont pas considérés comme appropriés et si, après un test de sensibilité microbiologique, il est établi ou fortement suspecté que l'infection est due à un Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM). Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des agents antibactériens. La pose de l'indication et la prescription de TENKASI ne peuvent se faire qu'en milieu hospitalier, sous la direction d'un infectiologue.

08.08		VAXNEUVANCE (Vaccinum pneumococcale polysaccharidicum CRM conjugatum 15-valens)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	21514	susp inj ser pré 0.5 ml Fr. 84.20 (59.04)		68752001	01.04.2023, B

La prise en charge des coûts des vaccins au titre de mesure préventive dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire des soins est régie par les conditions contraignantes fixées à l'article 12a OPAS pour les vaccinations correspondantes et n'a lieu que dans le cadre de l'autorisation délivrée par Swissmedic. En cas d'indication professionnelle et de recommandation médicale aux voyageurs, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des soins.

Les prix des vaccins sont des prix maximaux (art. 52, al. 3, LAMal) et ne s'appliquent pas aux vaccinations en série (par ex. dans le service médical scolaire). Dans ce cas, les tarifs négociés par les assureurs maladie avec les autorités compétentes ou, le cas échéant, ceux fixés par les autorités, sont applicables. Si le vaccin est acheté à un prix inférieur (par exemple dans le cadre d'une série de vaccinations), le médecin ne peut pas le facturer au prix public de la LS.

L'avantage doit être répercuté conformément à l'article 56, al. 3, LAMal, hormis si des conventions au sens de l'art. 56, al. 3^{bis}, LAMal, ont été conclues.

Prise en charge des coûts pour les personnes à partir de 65 ans présentant un risque élevé d'infection invasive.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
II. Autres emballages et dosages					
07.10.60 G		METHOTREXAT ORION RHEUMA/DERM (Methotrexatum)	Orion Pharma AG		
	20945	cpr 2.5mg blist 20 pce Fr. 8.95 (4.21)		66019005	01.04.2023, A
	20945	cpr 10mg blist 10 pce Fr. 14.95 (5.89)		66019006	01.04.2023, A

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Datum der Date de la supression
III. Préparations/emballages radiés					
01.01.10		DAFALGAN (Paracetamololum)	UPSA Switzerland AG		
	16187	pdr 250 mg enf sach 12 pce Fr. 1.40 (0.75)		51231031	01.04.2023, D
07.03.10		OMNITROPE 5 CART SUREPAL (Somatropinum ADNr)	Sandoz Pharma- ceuticals AG		
	19296	sol inj 5 mg/1.5 ml 1 pce Fr. 201.10 (160.91)		61306011	01.04.2023, A
07.10.10 G		ECOFENAC (Diclofenacum natricum)	Sandoz Pharma- ceuticals AG		
	17073	prép inj perf 75 mg/3 ml 5 amp 3 ml Fr. 7.40 (2.88)		47822033	01.04.2023, B
	17073	prép inj perf 75 mg/3 ml 50 amp 3 ml Fr. 48.30 (27.80)		47822041	01.04.2023, B
07.10.40		MOBILAT INTENSE (Acidum flufenamicum, Acidum salicylicum, Heparinoidum (chondroitini polysulfas))	Medinova AG		
	11990	ong tb 40 g Fr. 4.20 (2.29)		37090027	01.04.2023, D
	11990	ong tb 100 g Fr. 8.70 (4.72)		37090028	01.04.2023, D
07.16.10 G		CYTARABINE SANDOZ (Cytarabinum)	Sandoz Pharma- ceuticals AG		
	19402	sol inj 100 mg/5 ml flac 1 pce Fr. 8.00 (3.38)		61226002	01.04.2023, A
	19402	sol inj 500 mg/10 ml flac 1 pce Fr. 26.90 (12.70)		61226003	01.04.2023, A
	19402	sol inj 1000 mg/20 ml flac 1 pce Fr. 44.95 (24.88)		61226004	01.04.2023, A
	19402	sol inj 2000 mg/40 ml flac 1 pce Fr. 72.40 (48.77)		61226005	01.04.2023, A
07.16.10 G		ERLOTINIB SANDOZ (Erlotinibum)	Sandoz Pharma- ceuticals AG		
	21045	cpr pell 100 mg blist 30 pce Fr. 1740.45 (1530.86)		67012002	01.04.2023, A
	21045	cpr pell 150 mg blist 30 pce Fr. 2060.25 (1822.43)		67012003	01.04.2023, A
07.16.10 G		METHOTREXAT SANDOZ (Methotrexatum)	Sandoz Pharma- ceuticals AG		
	17730	conc perf 1000 mg flac 10 ml Fr. 109.40 (81.00)		51079028	01.04.2023, A
08.01.30 G		CÉFUROXIME SANDOZ (Cefuroximum)	Sandoz Pharma- ceuticals AG		
	17878	subst sèche 750 mg i. v. flac 1 pce Fr. 8.30 (3.65)		55823014	01.04.2023, A
	17878	subst sèche 1.5 g i. v. flac 1 pce Fr. 15.30 (6.19)		55823018	01.04.2023, A
08.03		HARVONI (Sofosbuvirum, Ledipasvirum)	Gilead Sciences Switzerland Sàrl		
	20308	cpr pell 90/400 28 pce Fr. 14631.30 (14034.42)		65331001	01.04.2023, A
08.08		PNEUMOVAX VACCIN (Vaccinum pneumococcale polysaccharidicum 23 valens)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	16598	sol inj flac 1 dos Fr. 38.45 (19.23)		00509001	01.04.2023, B
09.99 G		DIENOGEST MYLAN (Dienogestum)	Mylan Pharma GmbH		
	21300	cpr 2 mg blist 28 pce Fr. 61.70 (39.48)		68243001	01.04.2023, B
	21300	cpr 2 mg blist 84 pce Fr. 131.95 (100.67)		68243002	01.04.2023, B
17.04		TECHNESCAN PYP (Tetranatrii diphosphas decahydricus)	b.e.imaging.ag		
	17439	subst sèche fl 5 pce Fr. 140.10		49639015	01.04.2023, A

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV. Réduction de prix					
IV.a. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans					
AESCALMED FORTE COMPR VEINES cpr 20 pce cpr 50 pce	A.Vogel AG	520810	18270 18270	12.00 26.40	6.51 14.32
CELLCEPT cpr pell 500 mg 50 pce cpr pell 500 mg 3 × 50 pce caps 250 mg 100 pce caps 250 mg 3 × 100 pce	Roche Pharma (Schweiz) AG	071500	16560 16560 16561 16561	120.70 329.30 130.30 358.15	90.85 272.56 99.23 297.69
CELLCEPT (IP) cpr pell 500 mg blist 50 pce cpr pell 500 mg blist 150 pce caps 250 mg blist 100 pce caps 250 mg blist 300 pce	APS-Arzneimittel-Parallelimport- Service AG	071500	21030 21030 21030 21030	105.05 282.35 113.25 306.95	77.23 231.68 84.37 253.08
DAFLON 500 cpr 500 mg 30 pce cpr 500 mg 60 pce cpr 500 mg 120 pce	Servier (Suisse) SA	020810	13036 13036 13036	16.85 29.70 55.25	9.12 16.09 29.94
DILTIAZEM-MEPHA R Opticaps 90 mg 20 pce Opticaps 90 mg 100 pce	Mepha Pharma AG	020610	15664 15664	7.55 26.80	3.02 12.65
DILZEM 120 RETARD cpr pell ret 120 mg 30 pce cpr pell ret 120 mg 100 pce	Pfizer AG	020610	14710 14710	14.80 34.85	5.75 16.05
DILZEM 90 RETARD cpr pell ret 90 mg 20 pce cpr pell ret 90 mg 100 pce	Pfizer AG	020610	14710 14710	7.85 28.45	3.26 14.05
DILZEM RR cpr pell 180 mg 30 pce cpr pell 180 mg 100 pce	Pfizer AG	020610	15305 15305	19.50 48.00	9.85 27.52
DOXIUM caps 500 mg 30 pce caps 500 mg 60 pce	OM Pharma SA	020810	12396 12396	17.25 28.25	7.90 13.91
GYNOFLOR cpr vag 6 pce cpr vag 12 pce cpr vag 36 pce	Medinova AG	090300	15177 15177 15177	14.35 19.35 45.55	5.36 9.72 25.41
MEDIAVEN FORTE cpr pell 30 mg 30 pce	Drossapharm AG	020810	17701	38.20	19.00
MYCOPHÉROLAT MOFÉTIL SANDOZ caps 250 mg 300 pce cpr pell 500 mg 150 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071500	19388 19389	272.70 251.05	223.27 204.42
MYFENAX caps 250 mg 3 × 100 pce cpr pell 500 mg 3 × 50 pce	Teva Pharma AG	071500	20123 20124	272.75 251.05	223.28 204.42
MYRTAVEN caps 20 pce caps 60 pce	IBSA Institut Biochimique SA	020810	15505 15505	15.75 36.85	6.57 17.83

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
OXIS TURBUHALER pdr inh 6mcg/dose 60 dos pdr inh 12mcg/dose 60 dos	AstraZeneca AG	030430	16770	35.20	16.39
			16770	41.05	21.48
RAPAMUNE cpr 0.5mg 30 pce cpr 1mg 30 pce cpr 1mg 100 pce cpr 2mg 100 pce sol 1mg/ml fl 60ml	Pfizer AG	071500	17763	99.60	72.49
			17763	194.85	155.46
			17763	528.35	445.93
			17763	1020.05	874.24
			17597	335.40	277.89
SOLACUTAN gel 3% 25g gel 3% 50g	Dermapharm AG	109900	20782	29.35	14.87
			20782	46.45	26.18
SOLARAZE gel 3% 25g gel 3% 50g	Almirall AG	109900	19364	35.40	16.53
			19364	49.80	29.09
TILUR RETARD caps ret 90mg 20 pce caps ret 90mg 50 pce	Drossapharm AG	071010	16785	18.60	9.04
			16785	38.85	19.54
VENORUTON 1000 cpr eff 30 pce	Spirig HealthCare AG	020810	17865	34.15	18.50
VENORUTON FORTE cpr 500mg 30 pce cpr 500mg 100 pce	Spirig HealthCare AG	020810	13604	17.05	9.25
			13604	51.65	28.00
IV.b. Changement de catégorie de remise					
DESLORATADINE SPIRIG HC cpr pell 5mg 10 pce cpr pell 5mg 30 pce cpr pell 5mg 50 pce	Spirig HealthCare AG	071310	20134	5.35	2.90
			20134	15.60	8.46
			20134	25.65	13.89
IV.c. Mutation de prix normale					
IMLYGIC sol inj 1 mio UFP/ml flac 1 pce sol inj 100 mio UFP/ml flac 1 pce	Amgen Switzerland AG	071600	20931	2297.65	2038.89
			20931	2297.65	2038.89
OLUMIANT cpr pell 2mg 28 pce cpr pell 4mg 28 pce	Eli Lilly (Suisse) SA	071500	20636	1016.60	871.24
			20636	1016.60	871.24
XTANDI cpr pell 40mg 112 pce	Astellas Pharma AG	071620	21000	3187.70	2869.93
IV.d. Mutation du prix lors de la première admission					
TRODELVY subst sèche 180mg flac 1 pce	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	071610	21290	1139.00	982.46

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

V. Modifications de la limitation/de l'indication

OCTAGAM 10 %	Octapharma AG	080900			
sol perf 2g/20ml flac 1 pce			19239	168.70	132.67
sol perf 5g/50ml flac 1 pce			19239	397.15	331.67
sol perf 10g/100ml flac 1 pce			19239	777.90	663.33
sol perf 20g/200ml flac 1 pce			19239	1516.55	1326.67
sol perf 30g/300ml flac 1 pce			19239	2244.05	1990.00

Vieille limitation

Admis uniquement en cas de déficits immunitaires, de purpuras idiopathiques thrombocytopéniques, de syndrome de Guillain-Barré, de syndrome de Kawasaki, de polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique (CIDP) et de neuropathie motrice multifocale (NMM).

Nouvelle limitation

Admis uniquement en cas de déficits immunitaires, de purpuras idiopathiques thrombocytopéniques, de syndrome de Guillain-Barré, de syndrome de Kawasaki, de polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique (CIDP) et de neuropathie motrice multifocale (NMM) ainsi qu'en cas de dermatomyosite (DM) active, chez les adultes, traitée par des médicaments immunosuppresseurs, y compris des corticoïdes, ou en cas d'intolérance à ces médicaments ou de contre-indications de ces médicaments.

OLUMIANT	Eli Lilly (Suisse) SA	071500			
cpr pell 2 mg 28 pce			20636	1016.60	871.24
cpr pell 4 mg 28 pce			20636	1016.60	871.24

Vieille limitation

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

Polyarthrite rhumatoïde

En association avec des antirhumatismaux modificateurs de la maladie (DMARDs, disease-modifying anti-rheumatic drugs) conventionnels y compris le méthotrexate (MTX) chez des patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) active modérée à sévère, n'ayant pas suffisamment répondu à un traitement par un ou plusieurs cDMARDs ou ne l'ayant pas toléré. L'utilisation de Baricitinib en monothérapie en cas de réponse inappropriée ou d'intolérance aux csDMARDs reste réservée pour les patients, pour lesquels il a été montré que le méthotrexate n'a pas été supporté ou pour lesquels une contre-indication au méthotrexate a été montrée.

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2023

Dermatite atopique

En monothérapie ou en combinaison avec des corticoïdes topiques pour le traitement des patients adultes (à partir de 18 ans) souffrant de dermatite atopique sévère (score IGA égal à 4 [sur une échelle IGA de 0 à 4] ou score SCORAD > 50 ou score EASI ≥ 21.1) si ces patients ne répondent pas de façon adéquate à un traitement local intensif de thérapies topiques sur ordonnance (corticoïdes topiques et/ou inhibiteurs de la calcineurine) et à une photothérapie (si disponible et indiquée) et à un traitement systémique avec un agent immunosuppresseur conventionnel (à l'exception des corticoïdes systémiques) pendant au moins un mois, ou si ces thérapies sont contre-indiquées ou ont dû être interrompues en raison d'événements indésirables pertinents sur le plan clinique.

Baricitinib n'est pas remboursé en combinaison avec d'autres médicaments systémiques pour le traitement de la dermatite atopique.

Si après 8 semaines de traitement avec Baricitinib aucune amélioration thérapeutique n'est survenue, c'est-à-dire aucune réduction de l'IGA de ≥ 2 points par rapport au score initial ou aucune amélioration de ≥ 50 % du score EASI (EASI 50) par rapport au score initial ou aucune amélioration de ≥ 50 % du score SCORAD (SCORAD 50) par rapport au score initial, le traitement doit être interrompu.

Après 52 semaines de traitement ininterrompu de la dermatite atopique avec Baricitinib, une nouvelle garantie de prise en charge des frais par la caisse maladie doit être obtenue, après consultation préalable du médecin conseil.

Le diagnostic, la prescription et le suivi du traitement par Baricitinib dans l'indication de la dermatite atopique ne peuvent être effectués que par un spécialiste en dermatologie et vénéréologie ou un spécialiste en allergologie et immunologie clinique.

Nouvelle limitation

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

Polyarthrite rhumatoïde

En association avec des antirhumatismaux modificateurs de la maladie (DMARDs, disease-modifying anti-rheumatic drugs) conventionnels y compris le méthotrexate (MTX) chez des patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) active modérée à sévère, n'ayant pas suffisamment répondu à un traitement par un ou plusieurs cDMARDs ou ne l'ayant pas toléré. L'utilisation de Baricitinib en monothérapie en cas de réponse inappropriée ou d'intolérance aux csDMARDs reste réservée pour les patients, pour lesquels il a été montré que le méthotrexate n'a pas été supporté ou pour lesquels une contre-indication au méthotrexate a été montrée.

Dermatite atopique

En monothérapie ou en combinaison avec des corticoïdes topiques pour le traitement des patients adultes (à partir de 18 ans) souffrant de dermatite atopique sévère (score IGA égal à 4 [sur une échelle IGA de 0 à 4] ou score SCORAD > 50 ou score EASI ≥ 21.1) si ces patients ne répondent pas de façon adéquate à un traitement local intensif de thérapies topiques sur ordonnance (corticoïdes topiques et/ou inhibiteurs de la calcineurine) et à une photothérapie (si disponible et indiquée) et à un traitement systémique avec un agent immunosuppresseur conventionnel (à l'exception des corticoïdes systémiques) pendant au moins un mois, ou si ces thérapies sont contre-indiquées ou ont dû être interrompues en raison d'événements indésirables pertinents sur le plan clinique.

Baricitinib n'est pas remboursé en combinaison avec d'autres médicaments systémiques pour le traitement de la dermatite atopique.

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

Si après 8 semaines de traitement avec Baricitinib aucune amélioration thérapeutique n'est survenue, c'est-à-dire aucune réduction de l'IGA de ≥ 2 points par rapport au score initial ou aucune amélioration de $\geq 50\%$ du score EASI (EASI 50) par rapport au score initial ou aucune amélioration de $\geq 50\%$ du score SCORAD (SCORAD 50) par rapport au score initial, le traitement doit être interrompu.

Après 52 semaines de traitement ininterrompu de la dermatite atopique avec Baricitinib, une nouvelle garantie de prise en charge des frais par la caisse maladie doit être obtenue, après consultation préalable du médecin conseil.

Le diagnostic, la prescription et le suivi du traitement par Baricitinib dans l'indication de la dermatite atopique ne peuvent être effectués que par un spécialiste en dermatologie et vénéréologie ou un spécialiste en allergologie et immunologie clinique.

XTANDI cpr pell 40 mg 112 pce	Astellas Pharma AG	071620	21000	3187.70	2869.93
---	--------------------	--------	-------	---------	---------

Vieille limitation

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

XTANDI est remboursé en association aux agonistes de la LHRH pour le traitement du cancer métastatique de la prostate résistant à la castration (CRPC) chez les hommes ne présentant que peu ou pas de symptômes, après échec du traitement par suppression androgénique et pour lesquels une chimiothérapie n'est pas encore cliniquement indiquée.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21000.01

XTANDI est remboursé en association aux agonistes de la LHRH pour le traitement du cancer métastatique de la prostate résistant à la castration chez les hommes dont la maladie a progressé pendant ou après une chimiothérapie à base de docétaxel.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21000.02

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2023

XTANDI est remboursé en association aux agonistes de la LHRH pour le traitement du cancer de la prostate métastatique hormonosensible (mHSPC).

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21000.03

Au cas où des effets secondaires imposent l'arrêt du traitement dans les dix jours suivant son instauration, Astellas Pharma SA rembourse à l'assureur-maladie les coûts de l'emballage complet. Le médecin traitant est tenu d'annoncer immédiatement les arrêts de traitement à l'assureur-maladie.

Nouvelle limitation

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

XTANDI est remboursé en association aux agonistes de la LHRH pour le traitement du cancer métastatique de la prostate résistant à la castration (CRPC) chez les hommes ne présentant que peu ou pas de symptômes, après échec du traitement par suppression androgénique et pour lesquels une chimiothérapie n'est pas encore cliniquement indiquée.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21000.01

XTANDI est remboursé en association aux agonistes de la LHRH pour le traitement du cancer métastatique de la prostate résistant à la castration chez les hommes dont la maladie a progressé pendant ou après une chimiothérapie à base de docétaxel.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21000.02

XTANDI est remboursé en association avec un traitement par privation androgénique (ADT) dans le traitement des hommes atteints d'un cancer de la prostate métastatique hormonosensible (mHSPC).

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21000.03

En cas d'arrêt de la thérapie après le début du traitement en raison d'effets indésirables dans les 10 premiers jours, Astellas Pharma SA rembourse à l'assureur-maladie les coûts de la totalité du premier emballage si aucun autre emballage n'est acheté dans les 6 mois.

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

VI. Limitation de la nouvelle admission

HEMLIBRA	Roche Pharma (Schweiz) AG	060110			
sol inj 30 mg/ml flac 1 pce			20818	2036.40	1946.71
sol inj 60 mg/0.4ml flac 1 pce			20818	4031.75	3893.42
sol inj 105 mg/0.7 ml flac 1 pce			20818	7024.85	6813.49
sol inj 150 mg/ml flac 1 pce			20818	10017.90	9733.55

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2023

Patients atteints d'hémophilie A avec inhibiteurs

Pour la prophylaxie des épisodes hémorragiques chez les patients atteints d'hémophilie A congénitale et d'inhibiteurs du facteur VIII > 5 BU dans l'anamnèse nécessitant l'utilisation d'une préparation d'agent de bypass pour un traitement épisodique ou prophylactique.

Après une induction réussie de l'immunotolérance, le traitement de l'hémophilie A doit être poursuivi avec des préparations de facteur VIII ou de l'emicizumab, qui sont soumis à remboursement, si l'indication est respectée et si les conditions de remboursement de la prophylaxie sont remplies.

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2023

Patients atteints d'hémophilie A sans inhibiteurs

Pour la prophylaxie des épisodes hémorragiques chez les patients atteints d'hémophilie A sévère (déficit congénital en facteur VIII, FVIII < 1%) qui ont déjà été traités avec des préparations de facteur VIII.

Pour les deux indications, les conditions de remboursement suivantes s'appliquent:

Le diagnostic et la prescription de l'emicizumab, l'initiation du traitement et la prise en charge ultérieure ne peuvent être effectués que dans les centres universitaires et/ou spécialisés dans l'hémophilie suivants. En font partie:

Kantonsspital Aarau, Universitätsspital Basel, Universitätskinderhospital beider Basel, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Inselspital Bern, Kantonsspital Graubünden, Hôpitaux Universitaires Genève, Centre hospitalier universitaire vaudois, Centre Hospitalier du Valais Sion, Kantonsspital Luzern, Zentrum für Labormedizin St. Gallen, Ostschweizer Kinderspital St. Gallen, Universitätsspital Zürich, Universitäts-Kinderspital Zürich. Avant le début du traitement, une demande de prise en charge des coûts doit être obtenue auprès de l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil, en indiquant le schéma posologique utilisé: dose de charge pendant les 4 premières semaines (3 mg/kg de poids corporel par voie sous-cutanée une fois par semaine pendant les 4 premières semaines) et dose d'entretien à partir de la semaine 5 (1,5 mg/kg PC s.c. une fois par semaine ou 3 mg/kg PC toutes les deux semaines s.c. ou 6 mg/kg PC toutes les quatre semaines s.c.).

Dans le cadre de la demande de prise en charge des coûts, le médecin traitant doit justifier auprès de l'assureur-maladie pourquoi il choisit le régime de dosage pour le traitement d'entretien et dans quelle mesure les quantités de rejets sont minimisées avec le régime de dosage appliqué. Comme le taux de rejet pour le schéma de dosage de 1,5 mg/kg PC une fois par semaine devrait correspondre au taux de rejet le plus élevé, il est particulièrement important, lors de l'utilisation de ce schéma de dosage, de justifier pourquoi ce schéma particulier devrait être utilisé. Des adaptations de la posologie dues à des changements de poids des patients sont possibles dans le cadre des dosages remboursés sans nouvelle demande de prise en charge des coûts. Sur la base de la documentation continue du patient, les données correspondantes devraient être enregistrées dans le registre SHN, à condition que le patient donne son accord.

Le titulaire de l'autorisation Roche Pharma (Suisse) SA rembourse sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, resp. sur demande de l'AI, pour chaque boîte d'Hemlibra, un pourcentage fixe du prix départ usine. Il informe l'assureur-maladie ou l'AI du pourcentage du montant remboursé par rapport au prix départ usine. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de cette part du prix départ usine. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.

Par ailleurs, le titulaire de l'autorisation rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, resp. l'AI, le montant déterminé par mg pour la quantité d'emicizumab administrée par année civile et par patient qui dépasse un nombre défini de mg par patient et par année civile. Il communique à l'assureur-maladie ou à l'AI la valeur seuil (le nombre de mg par patient et par année) ainsi que le montant défini par mg. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de ce montant (base PDU). Le remboursement doit être effectué rétroactivement sur une base calendaire annuelle (avec une date de référence au 31 décembre). La demande de remboursement peut intervenir à partir de ce moment.

Le prix des préparations sanguines est calculé sur la base du prix départ usine plus une marge fixe de Fr. 40.00 plus TVA en raison de la situation particulière de l'approvisionnement (pratiquement pas de commerce intermédiaire).

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
SAXENDA	Novo Nordisk Pharma AG	079900			
sol inj 6 mg/ml 3 stylo pré 3 ml			20574	128.55	97.68
sol inj 6 mg/ml 5 stylo pré 3 ml			20574	203.30	162.79
Limitation limitée jusqu'au 31.05.2023					
Utilisation uniquement chez les personnes non diabétiques et chez les personnes diabétiques (DS de type 2) qui n'ont pas reçu de traitement préalable par agonistes du récepteur du GLP-1:					
<ul style="list-style-type: none"> - En complément d'un régime alimentaire avec un déficit de 500 kcal/jour, de conseils diététiques d'accompagnement et d'une activité physique renforcée et justifiée (par ex. podomètre) chez des patients motivés (sans opérations bariatriques subites et sans opérations planifiées ou prévues) pour la régulation pondérale chez les patients adultes présentant: <ul style="list-style-type: none"> - un IMC \geq 35 kg/m² - un IMC \geq 28 kg/m² en cas de comorbidités supplémentaires liées au poids (pré-diabète ou diabète sucré de type 2, hypertension artérielle, dyslipidémie). - Le traitement nécessite une garantie de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. - Un régime alimentaire avec un déficit de 500 kcal/jour doit être respecté et documenté afin d'obtenir le remboursement de Saxenda, et ceci doit être confirmé vis-à-vis de l'assureur. - La prescription ne peut être délivrée que par un médecin spécialiste FMH en endocrinologie/diabétologie ainsi que par une sélection de médecins ayant de l'expérience dans le traitement de l'obésité. La liste correspondante des médecins ayant de l'expérience dans le traitement de l'obésité est disponible à l'adresse suivante: http://www.bag.admin.ch/sl-ref. - Le traitement doit être arrêté chez les patients dont l'IMC est \geq 28 et $<$ 35 et qui n'ont pas perdu au moins 5% de leur poids corporel initial après 16 semaines de traitement (4 semaines de titrage, 12 semaines de traitement à 3 mg/jour) et chez les patients dont l'IMC est \geq 35 et qui n'ont pas perdu au moins 7% de leur poids corporel initial après 16 semaines de traitement (4 semaines de titrage, 12 semaines de traitement à 3 mg/jour) par rapport au début du traitement par Saxenda. Après 6 mois de plus, le traitement doit être arrêté si une réduction supplémentaire d'au moins 5% du poids obtenu après 16 semaines n'est pas atteinte. - Pour une thérapie consécutive au-delà de la phase initiale de traitement, une nouvelle garantie de prise en charge doit être obtenue. Les pertes de poids après 16 semaines et 6 mois doivent être justifiées. - Un contrôle d'efficacité doit ensuite être effectué impérativement tous les 6 mois. Si les critères de remboursement précités sont respectés, Saxenda peut être remboursé pour une durée maximale de 3 ans. En cas de reprise de poids de $>$ 2% du poids après 6 mois de traitement, celui-ci doit être arrêté. Le traitement doit également être arrêté dès lors qu'un IMC $<$ 25 est atteint. - Saxenda ne doit pas être combiné à d'autres agonistes du récepteur du GLP-1, à des gliptines, à des inhibiteurs du SGLT-2 ou à de l'insuline. Saxenda ne doit pas être combiné à d'autres médicaments (par ex. médicaments contenant de l'orlistat) pour la réduction du poids. - Les patients qui, lors d'une première utilisation de Saxenda pendant 16 semaines, n'atteignent pas une réduction de poids d'au moins 5% respectivement 7% de leur poids corporel initial (non-répondants) sont totalement exclus d'un remboursement en cas de reprise du traitement. 					
TABRECTA	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
cpr pell 150 mg blist 120 pce			21282	5886.90	5503.34
cpr pell 200 mg blist 120 pce			21282	5886.90	5503.34
Limitation limitée jusqu'au 30.04.2024					
Après accord de prise en charge des frais par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. La garantie de prise en charge doit contenir le code d'indication suivant: 21282.01					
TABRECTA est indiqué dans le traitement des patients adultes atteints de cancer du poumon non à petites cellules avancé ou métastatique (CPNPC) et présentant une mutation entraînant un saut de l'exon 14 de MET. L'utilisation en cas de mutations du facteur oncogènes supplémentaires, y compris les aberrations tumorales de type EGFR ou ALK, n'est pas remboursée. Le traitement se poursuit jusqu'à la progression de la maladie.					
Une rotation entre les inhibiteurs de MET est exclusivement remboursée en cas de contre-indication ou d'intolérance.					
Novartis Pharma Schweiz AG remboursera complètement à l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la réception du traitement, à la première demande de l'assureur, les deux premières boîtes achetées de TABRECTA au prix de fabrication de 5503.34 CHF. La TVA ne peut pas être récupérée en plus de cette réduction sur le prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.					

Corrigendum Liste des spécialités

«I. NOUVELLE ADMISSIONS DES PRÉPARATIONS» (BULLETIN 51/22)

Dans le numéro 51/22 du Bulletin, la nouvelle admission dans la liste des spécialités de Ciproxine sol. perf. 0,4g fl 200ml au 1^{er} décembre 2022 n'a malheureusement pas été publiée sous *I. Nouvelle admissions des préparations*.

« 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
Lucerne		10582432
Vaud		10594551-10594575

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine

16/2023