

Tarifstruktur-Vertrag LOA V

vom 1. Januar 2026

betreffend

Tarifstruktur für Apothekerleistungen (Art. 43 Abs. 5 KVG)

zwischen den Vertragspartnern

a) **prio.swiss – Der Verband Schweizer Krankenversicherer**

Waisenhausplatz 25, 3011 Bern

prio.swiss

und

b) **Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse**

Stationsstrasse 12, 3097 Bern-Liebefeld

pharmaSuisse

Ingress

curafutura, santésuisse und pharmaSuisse haben per 01.01.2016 einen Vertrag über die leistungsorientierte Abgeltung (LOA IV/1) abgeschlossen. Der aktuell geltende Tarifstruktur-Vertrag LOA IV/1 wird durch den vorliegenden Tarifstruktur-Vertrag LOA V ersetzt.

Art. 1 Tarifstruktur

Die Vertragspartner vereinbaren für Apothekerleistungen gemäss Art. 43 Abs. 5 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) die in Anhang A definierte Tarifstruktur. Die Tarifstruktur regelt die Leistungen der Apotheker nach Art. 25 Abs. 2 lit. h KVG in Verbindung mit Art. 4a der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)).

Art. 2 Räumlicher Geltungsbereich

Der Tarifstruktur-Vertrag LOA V gilt auf dem Gebiet der ganzen Schweiz.

Art. 3 Sachlicher Geltungsbereich

¹ Der sachliche Geltungsbereich erstreckt sich auf folgende, im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, von einem zugelassenen Apotheker an eine obligatorisch krankenversicherte Person abgegebenen Produkte bzw. erbrachten Leistungen:

- a) Produkte der Spezialitätenliste (SL) der Abgabekategorien A und B;
- b) Produkte der SL, sofern nicht unter lit. a aufgeführt;
- c) Magistralrezepturen nach Arzneimittelliste mit Tarif (ALT);
- d) Analysen gemäss Analysenliste (AL);
- e) Mittel und Gegenstände, maximal innerhalb des Höchstvergütungsbetrags (HVB) gemäss der Mittel- und Gegenständelliste (MiGeL) inkl. Ortho Reha Schweiz (ORS) Tarif (ehem. Schweizer Verband der Orthopädietechniker (SVOT) Tarif) und orthopädieschuhtechnische Arbeiten (OSM Tarif), sofern in der MiGeL referenziert;
- f) Leistungen gemäss der anwendbaren Tarifstruktur (Anhang A, Tarifstruktur-Vertrag);
- g) Arzneimittel gemäss Art. 71a, 71b und 71c der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) mit einer gültigen Kostengutsprache.

² Die Tarife zur Abgeltung von Leistungen gemäss Art. 2 und 3 Anhang A, die von einem zugelassenen Apotheker an eine obligatorisch krankenversicherte Person erbracht werden, sowie der Beitrag zum Qualitäts- und Forschungsfonds gemäss Art. 8 kommen nur im Zusammenhang mit der Abgabe von Medikamenten gemäss Abs. 1 lit. a, c und g zur Anwendung (nachfolgend „LOA-pflichtige Medikamente“ bezeichnet).

³ Dieser Vertrag gilt für die Abgabe aller unter Abs. 1 aufgeführten Produkte und Leistungen, welche von einem Apotheker persönlich oder unter seiner persönlichen Aufsicht an einen bestimmten Patienten oder an einen Vertreter des Patienten erfolgt.

⁴ Dieser Vertrag gilt nicht bei der Lieferung an andere Leistungserbringer oder Abgabestellen zwecks indirekter Abgabe an den Patienten. Dieser Vertrag gilt nicht für den Grosshandel.

Art. 4 Allgemeine Zielsetzung

¹ Die Vertragspartner setzen sich für die Förderung der Eigenverantwortung im Umgang mit Arzneimitteln, für die Optimierung der Kosten-/Nutzenverhältnisse bei der Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln sowie für die nachhaltige Verbesserung der Adhärenz im Medikamentenbereich ein.

² Die Vertragspartner vertreten die Zielsetzungen und die Umsetzung des vorliegenden Tarifstruktur-Vertrags in der Öffentlichkeit und sprechen ihre diesbezüglichen Aussagen im Interesse einer offenen und kohärenten Information möglichst im Voraus ab. Die Vertragspartner setzen hierzu nach Möglichkeit die ihnen zur Verfügung stehenden Kommunikationsmittel ein. Sie halten sich dabei an die Vorgaben des Bundesgesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG).

Art. 5 Vereinbarung über die Qualitätsentwicklung

Die Vertragspartner verpflichten sich, die gesetzlichen Qualitätsanforderungen gemäss Art. 58a KVG und Art. 77 KVV zu regeln und anschliessend entsprechend umzusetzen. Die detaillierte Regelung der Qualitätsentwicklung wird in einem separaten Qualitätsvertrag festgehalten.

Art. 6 Vereinbarung über das Monitoring der Kosten- und Mengenentwicklung

Die Vertragspartner verpflichten sich, die gesetzlichen Anforderungen gemäss Art. 47c KVG zu regeln und die Vereinbarung über das Monitoring der Mengen- und Kostenentwicklung sowie die entsprechenden Korrekturmassnahmen gemäss Anhang D einzuhalten.

Art. 7 Vereinbarung über die paritätische Monitoringkommission

Die Vertragspartner gründen eine paritätische Monitoringkommission, deren Zusammensetzung und Aufgaben sowie Vorgehen in Anhang E geregelt sind.

Art. 8 Qualitäts- und Forschungsfonds

¹ Die Vertragspartner führen einen Qualitäts- und Forschungsfonds und setzen zur Verwaltung die Verwaltungskommission des Fonds (VKF) ein. Die Verwendung der Mittel des Fonds, die Aufgaben der VKF bei der Bearbeitung der Finanzierungsanträge und die Verwaltung der finanziellen Mittel durch eine unabhängige Stelle werden in Anhang B detailliert geregelt.

² Die zugelassenen Apotheker leisten den Beitrag zum Qualitäts- und Forschungsfonds, der 0.2 Prozent des Vertriebsanteils (ohne MWST) beträgt. Es gilt das Reglement des Qualitäts- und Forschungsfonds LOA V gemäss Anhang B.

³ Beträgt der Kontostand des Fonds per 30. Juni des aktuellen Kalenderjahrs mehr als CHF 4 Mio., so wird der Fonds ab dem folgenden 1. Januar bis auf weiteres nicht weiter alimentiert und der Beitrag den Versicherern als Rabatt gewährt. Fällt der Kontostand per 30. Juni des aktuellen Kalenderjahrs unter CHF 2 Mio., so bezahlt der zugelassene Apotheker ab dem folgenden 1. Januar oder nach Absprache der Vertragspartner mit der VKF wiederum den Beitrag gemäss Abs. 2. Die VKF stellt den jeweiligen Kontostand fest und informiert über die Alimentierung. Die Höhe des Beitrags kann durch die VKF nicht verändert werden.

⁴ Der Start der Alimentierung erfolgt erst nach Inkrafttreten eines vom Bundesrat genehmigten Qualitätsvertrags gemäss Art. 5. Dies gilt unabhängig davon, ob der unter Abs. 3 definierte Kontostand von CHF 2 Mio. zwischenzeitlich unterschritten wurde.

Art. 9 Vertragsbestandteile

Die folgenden Anhänge sind integrierender Bestandteil dieses Tarifstruktur-Vertrags:

- Anhang A: Tarifstruktur
- Anhang B: Reglement des Qualitäts- und Forschungsfonds LOA V
- Anhang C: Monitoring nach Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV
- Anhang D: Monitoring nach Art. 47c KVG
- Anhang E: Vereinbarung über die paritätische Monitoringkommission

Art. 10 Vertraulichkeit

¹ Die Vertragspartner verpflichten sich, insbesondere die im Rahmen des Monitorings gemäss Anhang C und Anhang D zur Verfügung gestellten, aggregierten und anonymisierten Daten als vertrauliche Daten zu behandeln. Im Weiteren verpflichten sie sich, diese Daten nicht an Dritte herauszugeben, bis die rechtlichen Voraussetzungen dafür vorliegen. Diese Verpflichtung gilt für sämtliche betroffenen Mitglieder der Vertragspartner sowie die übrigen Personen (juristische und natürliche), welche Kenntnis dieser Daten haben oder durch einen künftigen Beitritt erlangen werden; sie sind entsprechend zu verpflichten.

² Der zugelassene Apotheker erklärt sich damit einverstanden, dass die von ihm im Rahmen des Monitorings gemäss Anhang C und Anhang D zur Verfügung gestellten, aggregierten und anonymisierten Daten durch die Vertragspartner weiterverwendet werden dürfen.

³ Die Vertragspartner resp. deren Mitglieder sowie sämtliche Personen, welche im Besitz der Daten sind, stellen durch geeignete personelle, organisatorische und technische Massnahmen sicher, dass die gesetzlich verlangten Datenschutzbestimmungen eingehalten werden und dass die Datensicherheit (Verschlüsselung, Anonymisierung etc.) gewährleistet ist.

Art. 11 Schriftlichkeitsvorbehalt

Alle Änderungen und Ergänzungen zu diesem Vertrag bzw. seinen Anhängen haben schriftlich zu erfolgen und sind von den Vertragspartnern rechtsverbindlich zu unterzeichnen. Fällt eine Änderung in den Überprüfungsbereich von Art. 46 Abs. 4 KVG, so bleibt die konstitutive Genehmigung des Bundesrats vorbehalten.

Art. 12 Salvatorische Klausel

Sollte eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrags unwirksam, ungültig oder nichtig sein oder werden, wird die Gültigkeit dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Unwirksame, ungültige oder nichtige Bestimmungen sind durch Regelungen, die dem Sinn und der wirtschaftlichen Bedeutung des von den Parteien Gewollten möglichst nahekommen, zu ersetzen. Fällt eine Änderung in den Überprüfungsbereich von Art. 46 Abs. 4 KVG, so bleibt die konstitutive Genehmigung des Bundesrats vorbehalten.

Art. 13 Inkrafttreten, Dauer und Kündigung

¹ Die Tarifstruktur tritt vorbehaltlich der Genehmigung durch den Bundesrat gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG per 1. Januar 2026 in Kraft und löst damit die Tarifstruktur LOA IV/1 nahtlos ab.

² Die Tarifstruktur wird für eine Dauer von drei Jahren ab Inkrafttreten vereinbart. Die Vertragspartner verpflichten sich zur Durchführung einer Studie zur Aktualisierung des leistungsorientierten Tarifmodells für die Apothekerleistungen einschliesslich der über den Versandkanal erbrachten Leistungen. Die überarbeitete Tarifversion wird spätestens bis Mitte des dritten Jahrs nach Inkrafttreten von LOA V dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Zudem werden Daten erhoben, welche die Verbesserung des Kostenmodells der Apotheken (einschliesslich der über den Versandkanal abgebenden Apotheken) erlauben, insbesondere der Produktivität. Diese Anpassungen werden in der überarbeiteten Version des Tarifwerks LOA festgehalten.

³ Der Tarifstruktur-Vertrag inkl. aller Anhänge kann von jedem Vertragspartner unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten per Ende eines Kalenderjahrs, erstmals per 31. Dezember 2027 gekündigt werden. Es gilt das Zugangsprinzip. Nach erfolgter Kündigung durch einen Vertragspartner, verpflichten sich die Vertragspartner, unverzüglich neue Verhandlungen aufzunehmen. Kommt innerhalb der Kündigungsfrist keine Einigung zustande, so bleibt der vorliegende Tarifstruktur-Vertrag bis zum Zustandekommen eines neuen Tarifstruktur-Vertrags, jeweils für die Dauer eines weiteren Jahrs, in Kraft. Die Kündigung ist dem anderen Vertragspartner schriftlich zuzustellen und der Bundesrat ist angemessen zu informieren.

⁴ Im Falle der Kündigung des Tarifstruktur-Vertrags oder sofern dieser nach Ablauf der Dauer von drei Jahren nicht verlängert wird, fallen sämtliche damit verbundene Tarifverträge ebenfalls dahin. Der notwendige Informationsfluss muss durch die Vertragspartner sichergestellt sein.

Art. 14 Schlussbestimmungen

¹ Dieser Tarifstruktur-Vertrag wird in dreifacher Ausführung ausgefertigt und unterzeichnet. Jeweils ein Vertragsexemplar ist für den Bundesrat und für die Vertragspartner bestimmt.

² Dieser Tarifstruktur-Vertrag samt Anhängen wird auf Französisch und Italienisch übersetzt. Bei Streitigkeiten gilt einzig der deutsche Vertragstext.

³ Die Vertragspartner übernehmen die Durchführung des Genehmigungsverfahrens beim Bundesrat und führen eine Anhörung der Patientenorganisationen gemäss Art. 43 Abs. 4 KVG durch.

⁴ Die Vertragspartner bilden gestützt auf den vorliegenden Tarifstruktur-Vertrag keine einfache Gesellschaft.

Bern-Liebefeld, den

Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse

Martine Ruggli
Präsidentin

Sven Leisi
Generalsekretär

Bern, den

prio.swiss

Felix Gutzwiller
Präsident

Saskia Schenker
Direktorin

Anhang A: Tarifstruktur

Art. 1 Leistungsübersicht

Die im Rahmen des KVG erbrachten pharmazeutischen Leistungen der zugelassenen Apotheker nach Art. 4a Abs. 1 lit. a, b, c und d KLV werden durch folgende Tarifpositionen abgegolten. Die Leistungen werden in den nachfolgenden Art. 2 bis 13 detailliert beschrieben.

Tarifziffer	Leistungsbezeichnung	Taxpunkte (TP)	Tariftyp
3000.00	Sicherheits-Check Medikament (Neu / Abgabekategorie A)	3.63	570
3001.00	Sicherheits-Check Medikament (Neu / Abgabekategorie B)	2.83	570
3002.00	Sicherheits-Check Medikament (Bestehend / Abgabekategorie A)	2.97	570
3003.00	Sicherheits-Check Medikament (Bestehend / Abgabekategorie B)	1.44	570
3004.00	Sicherheits-Check Patient	2.75	570
3005.00	Sicherheits-Check Institutionspatient	0.21	570
3006.00	Neuerfassung und Aktualisierung Patientendaten	0.79	570
3007.00	Wochen-Dosiersystem (3 – 5 Medikamente)	6.56	570
3008.00	Wochen-Dosiersystem (6 – 8 Medikamente)	10.94	570
3009.00	Wochen-Dosiersystem (9 und mehr Medikamente)	15.21	570
3010.00	Abgabe einer fraktionierten Packung zur ambulanten Einnahme	3.75	570
3011.00	Einnahmekontrolle	7.50	570
3012.00	Notfalldienst	12.00	570
3013.00	Anwendungserklärung	2.70	570
3014.00	Substitution	Vgl. Art 11	570
3015.00	Maschinelle Verblisterung	1.05	570
3016.00	Maschinelle Verblisterung Institutionspatient	1.05	570
3017.00	Methadon-Pauschale (mehr als 5 x pro Woche)	216.03	570
3018.00	Methadon-Pauschale (1 bis 5 x pro Woche)	135.89	570
3019.00	Methadon-Pauschale Kurzbehandlung (mehr als 5 x pro Woche)	111.50	570
3020.00	Methadon-Pauschale Kurzbehandlung (1 bis 5 x pro Woche)	69.69	570

Art. 2 Sicherheits-Checks Medikament

¹ Die Tarifposition wird entsprechend der Swissmedic-Abgabekategorie des abgegebenen Medikaments verrechnet und ist in vier Leistungen unterteilt. Es wird unterschieden zwischen einem neuen oder bereits bestehenden Medikament und der Zugehörigkeit zur Swissmedic-Abgabekategorie A oder B:

- **Sicherheits-Check Medikament (Neu / Abgabekategorie A) (3.63 TP)** – Neues Medikament der Swissmedic-Abgabekategorie A
- **Sicherheits-Check Medikament (Neu / Abgabekategorie B) (2.83 TP)** – Neues Medikament der Swissmedic-Abgabekategorie B
- **Sicherheits-Check Medikament (Bestehend / Abgabekategorie A) (2.97 TP)** – Bestehendes Medikament der Swissmedic-Abgabekategorie A
- **Sicherheits-Check Medikament (Bestehend / Abgabekategorie B) (1.44 TP)** – Bestehendes Medikament der Swissmedic-Abgabekategorie B

² Unter einem neuen Medikament wird ein Medikament mit einem Wirkstoff auf ATC-Stufe 5 verstanden, welches der Patient gemäss Historie im Patientendossier in der Apotheke, in welcher das Rezept eingelöst wird, in den vergangenen 365 Tagen nicht bezogen hat.

³ Folgende Grundleistungen werden durch den Sicherheits-Check Medikament pauschal abgegolten:

- Rezeptüberprüfung
- Repetition: Zulässigkeitsüberprüfung
- Überprüfung der Anwendungsdosierung und allfälliger Mengen- und Punkte-Limitationen innerhalb des Rezepts
- Interaktionskontrolle innerhalb des Rezepts
- Kontrolle von Risikofaktoren und Kontraindikationen, die dem Apotheker bekannt sind
- Kontaktaufnahme zum verordnenden Leistungserbringer, falls medizinisch notwendig oder vom Patienten gewünscht
- Missbrauchskontrolle innerhalb des Rezepts
- Beratung des Patienten:
 - Insbesondere Abklärung, ob Dosierung, Therapiedauer und optimale Einnahmezeiten bekannt sind; Vermittlung der verordneten Dosierung in schriftlicher Form
 - Anwendungsinstruktionen: Kontrolle des Bedarfs des Patienten und entsprechende Instruktion beim Bezug
 - Hinweis auf Behandlungsdauer mit Aufklärung
 - Hinweis auf Gebrauchs- und Aufbewahrungsvorschriften
 - Information des Patienten über mögliche oder zu erwartende potenzielle Nebenwirkungen
 - Abklärung von Informationsbedarf des Patienten
- Wirtschaftlich optimale Wahl der an die Dosierungsvorschriften angepassten Auswahl der Packungsgrösse
- Versorgung des Patienten nach Dringlichkeit, Verordnungsänderung in dringenden Fällen

⁴ Der Sicherheits-Check Medikament wird pro Rezeptzeile erhoben und darf pro Medikament nur einmal verrechnet werden. Als Zeile gilt die je Medikament, Packungsgrösse und Dosierungsstärke ausgewiesene Abrechnungsposition innerhalb einer Rechnung pro Abgabedatum. Wenn am Bezugstag nicht genügend Packungen vorrätig sind und die restlichen Packungen deshalb später abgegeben werden, kann die Leistung nur einmal in Rechnung gestellt werden.

⁵ Die Verrechnung des Sicherheits-Checks Medikament ist gemäss dem sachlichen Geltungsbereich (Art. 3 Abs. 1 und 2 Tarifstruktur-Vertrag) auch bei der Abgabe von Magistralrezepturen nach ALT erlaubt. Da bei diesen Produkten die Unterteilung des Sicherheits-Checks Medikament nach Swissmedic-Abgabekategorie und

Bezug nicht eindeutig vorgenommen werden kann, wird bei der Verrechnung des Sicherheits-Checks Medikament immer die Leistung „Sicherheits-Check Medikament (Bestehend / Abgabekategorie B)“ verrechnet.

⁶ Die Verrechnung des Sicherheits-Checks Medikament ist gemäss dem sachlichen Geltungsbereich (Art. 3 Abs. 1 und 2 Tarifstruktur-Vertrag) auch bei der Abgabe von Medikamenten gemäss Art. 71b und 71c KVV mit einer gültigen Kostengutsprache erlaubt. Da bei diesen Medikamenten die Unterteilung des Sicherheits-Checks Medikament nach Swissmedic-Abgabekategorie nicht vorgenommen werden kann, wird bei der Verrechnung des Sicherheits-Checks Medikament immer die Swissmedic-Abgabekategorie A verrechnet. Die Einteilung in «neu» oder «bestehend» erfolgt bei diesen Arzneimitteln gemäss Abs. 2.

Art. 3 Sicherheits-Check Patient (2.75 TP)

¹ Folgende Grundleistungen werden durch den Sicherheits-Check Patient pauschal abgegolten:

- Führung des Patientendossiers
- Medikationshistorie
- Medikamentenüberprüfung auf Kumulation nach dem Kenntnisstand der Patientensituation und unter Berücksichtigung der Selbstmedikation
- Interaktionskontrolle innerhalb des pharmazeutischen Dossiers
- Überprüfung allfälliger Mengen- und Punkte-Limitationen innerhalb des Patientendossiers
- Missbrauchskontrolle innerhalb des Patientendossiers

² Der Sicherheits-Check Patient wird insbesondere für die Führung eines Patientendossiers und dessen Interpretation verrechnet. Er darf nur einmal pro Patienten, pro Tag und pro verordnendem Leistungserbringer verrechnet werden. Bei mehreren Bezügen am selben Tag aufgrund von Rezepten desselben Leistungserbringers wird der Sicherheits-Check Patient nur einmal verrechnet. Wenn am Bezugstag nicht genügend Packungen vorrätig sind und die restlichen Packungen deshalb später abgegeben werden, kann die Leistung nur einmal in Rechnung gestellt werden.

Art. 4 Sicherheits-Check Institutionspatient (0.21 TP)

¹ Bei dieser Tarifposition erfolgt der Bezug und die Rezeptausführung ohne direkten Patientenkontakt und die Abgabe erfolgt an einen Leistungserbringer in einer betreuten Institution, welcher die Vorbereitung und korrekte Verabreichung vornimmt.

² Bei der Rezeptausführung für einen Patienten in Betreuung eines anderen Leistungserbringers in einer betreuten Institution wird die Leistung einmal pro Tag, pro Patient und pro verordnendem Leistungserbringer anstelle des Sicherheits-Checks Patient nach Art. 3 verrechnet. Der Sicherheits-Check Medikament ist gemäss Art. 2 zu verrechnen.

³ Als betreute Institution gelten Pflegeheime.

Art. 5 Neuerfassung und Aktualisierung Patientendaten (0.79 TP)

¹ Die Tarifposition deckt den Aufwand für das Anlegen und die Aktualisierung des Patientendossiers eines neuen Patienten ab.

² Als neu oder zu aktualisieren gelten die Daten eines Patienten, wenn er gemäss Historie im Patientendossier in der Apotheke, in welcher er das Rezept einlöst, in den letzten 365 Tagen kein LOA-pflichtiges Medikament gemäss dem sachlichen Geltungsbereich nach Art. 3 Abs. 2 Tarifstruktur-Vertrag bezogen hat.

Art. 6 Wochen-Dosiersystem

¹ Diese Tarifposition kann bei ärztlich verordnetem Wochen-Dosiersystem an Patienten, welche mindestens drei unterschiedliche Medikamente gleichzeitig in einer Woche einnehmen müssen, maximal einmal pro Woche in einer Offizinapotheke erbracht und verrechnet werden.

² Beim Wochen-Dosiersystem werden drei Tarifpositionen unterschieden, je nach Anzahl der Medikamente, die ins Wochen-Dosiersystem abgefüllt werden:

- **Wochen-Dosiersystem (3 – 5 Medikamente) (6.56 TP)**
- **Wochen-Dosiersystem (6 – 8 Medikamente) (10.94 TP)**
- **Wochen-Dosiersystem (9 und mehr Medikamente) (15.21 TP)**

³ Der Sicherheits-Check Medikament gemäss Art. 2 darf pro Originalpackung nur einmal verrechnet werden. Der Sicherheits-Check Patient gemäss Art. 3 bzw. der Sicherheits-Check Institutionspatient gemäss Art. 4 (nur in begründeten Einzelfällen gemäss Abs. 4 und 5) ist mit dem Wochen-Dosiersystem maximal einmal pro Woche zu verrechnen.

⁴ Die Kosten für das Wochen-Dosiersystem für die Abgabe von Medikamenten an versicherte Personen, welche diese unter Aufsicht eines anderen Leistungserbringers einnehmen, werden nur in begründeten Einzelfällen übernommen.

⁵ Begründete Einzelfälle sind Antibiotika-Kurztherapien, Zytostatika, Schmelztabletten, lichtempfindliche Tabletten sowie kurzfristige Änderungen und die Einstellungsphase einer neuen Therapie.

Art. 7 Abgabe einer fraktionierten Packung zur ambulanten Einnahme (3.75 TP)

¹ Die Kontrolle bei der Abgabe einer fraktionierten Packung zur ambulanten Einnahme muss vom verordnenden Leistungserbringer auf dem Rezept explizit verordnet sein.

² Durch die Tarifposition werden die zusätzlichen Aufwendungen des zugelassenen Apothekers einer Offizinapotheke gemäss Art. 4a Abs. 1 lit. d KLV bei der ärztlich angeordneten Betreuung bei jedem Bezug einer oder mehrerer ärztlich angeordneter, fraktionierter Packungen zur ambulanten Einnahme bis maximal einmal pro Tag und pro verordnendem Leistungserbringer abgegolten. Die Verrechnung erfolgt pro Bezug. Werden pro Bezug mehrere Packungen desselben Medikaments abgegeben, so ist die Leistung nur einmal zu verrechnen. Der Zeitpunkt der Abgabe ist zu dokumentieren.

³ Der Sicherheits-Check Medikament gemäss Art. 2 Anhang A darf pro Originalpackung nur einmal verrechnet werden. Der Sicherheits-Check Patient gemäss Art. 3 Anhang A ist mit der Abgabe einer fraktionierten Packung zur ambulanten Einnahme maximal einmal pro Woche zu verrechnen.

⁴ Die Abgeltung der Betreuung bei der Einnahme von Methadonlösung ist in Art. 13 separat geregelt und entspricht nicht der Abgabe einer fraktionierten Packung zur ambulanten Einnahme.

Art. 8 Einnahmekontrolle (7.50 TP)

¹ Die Kontrolle bei der Einnahme eines Medikaments in der Apotheke muss vom verordnenden Leistungserbringer auf dem Rezept explizit verordnet sein.

² Durch die Tarifposition werden die zusätzlichen Aufwendungen des zugelassenen Apothekers einer Offizinapotheke gemäss Art. 4a Abs. 1 lit. d KLV bei der ärztlich angeordneten Betreuung bei der Einnahme in der Apotheke von einem oder mehreren Medikamenten abgegolten.

³ Bei der Einnahmekontrolle wird nicht unterschieden, wie viele Medikamente unter Kontrolle einzunehmen sind.

⁴ Der Sicherheits-Check Medikament gemäss Art. 2 darf pro Originalpackung nur einmal verrechnet werden. Der Sicherheits-Check Patient gemäss Art. 3 ist mit der Einnahmekontrolle maximal einmal pro Woche zu verrechnen.

⁵ Die Abgeltung der Betreuung bei der Einnahme von Methadonlösung ist in Art. 13 separat geregelt. Für alle Medikamente, die gleichzeitig mit der Methadonlösung unter Kontrolle eingenommen werden, ist die Leistung für die Einnahmekontrolle bereits durch die Methadon-Pauschale gemäss Art. 13 abgedeckt.

Art. 9 Notfalldienst (12.00 TP)

¹ Durch diese Tarifposition werden, neben allen anderen erbrachten LOA-Leistungen, die zusätzlichen Aufwendungen abgegolten, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung während des Notfalldiensts ausserhalb der regulären Öffnungszeiten der notfalldienstleistenden Offizinapotheke ausgeführt wurden.

² Bei notfalldienstleistenden Apotheken mit 24-Stunden- oder Nachtbetrieb wird die Leistung abgegolten, wenn sie ausserhalb der ortsüblichen Öffnungszeiten des Detailhandels erbracht wird.

³ Es gelten folgende Bedingungen:

- a. Das Medikament muss im Zusammenhang mit einem Notfall sofort für die Behandlung verfügbar sein und in einer offiziell notfalldienstleistenden Apotheke ausserhalb der regulären Öffnungszeiten bezogen werden.
- b. Der Zeitpunkt des Bezugs ist auf dem Rezept vom Apotheker zu vermerken oder auf geeignete Weise zu dokumentieren.
- c. Dieser Zuschlag darf nur einmal pro Bezug im Notfall verrechnet werden.

Art. 10 Anwendungserklärung (2.70 TP)

¹ Die Tarifposition gilt sämtliche Aufwendungen ab, die zusätzlich bei der Instruktion von verordneten Medikamenten an den Patienten entstehen. Die Sicherheits-Checks gelten nicht als zusätzliche Aufwendungen und werden gemäss Art. 2 und 3 vergütet.

² Die folgenden Medikamente, welche eine besondere Anleitung erfordern und einen wesentlichen Mehraufwand durch Demonstration, Illustration oder Vorzeigen erzeugen, sind über diese Tarifposition in einer Offizinapotheke abgedeckt:

Antiasthmatika

- Sympathomimetica und Parasympathicolytica zur Inhalation (Index Therapeuticus (IT) 03.04.30.)
- Corticosteroide zur Inhalation (IT 03.04.40.)

Injektionen

- Alle durch den Patienten selbst zu verabreichende Injektionen

Topische Applikationen

- Imiquimod (ATC D06BB10)
- Tacrolimus (ATC D11AH01)
- Pimecrolimus (ATC D11AH02)
- Fluorouracil (ATC D11AF und L01BC02)
- Fluorouracil, Kombinationen (ATC D11AF und L01BC52)

³ Die Leistung kann nur beim erstmaligen Bezug des zu instruierenden Medikaments verrechnet werden.

Art. 11 Substitution

¹ Mit dieser Tarifposition sind die folgenden Leistungen des zugelassenen Apothekers im Zusammenhang mit der Substitution von Originalpräparaten durch ihre Generika sowie Referenzpräparaten durch ihre Biosimilars pauschal abgegolten:

- Vorschlag eines Generikums oder Biosimilars und Zustimmung des Patienten gewinnen
- Wahl des für den Patienten geeigneten Generikums oder Biosimilars
- Vermerk der Substitution auf dem Rezept
- Dokumentation der Substitution im Patientendossier
- Information des verordnenden Leistungserbringers
- Dokumentation der Substitution auf der Rechnung

² Massgeblich für die Abrechnung dieser Leistung ist der Preisunterschied gemäss SL (Publikumspreis) zwischen dem ärztlich verordneten Medikament und dem abgegebenen, substituierten Medikament. Der Apotheker führt in diesem Fall eine Position „Einsparungsanteil“ auf und rechnet so den Preisunterschied ab. Der Preisunterschied fällt zu 40 Prozent dem Apotheker zu, 60 Prozent verbleiben beim Versicherer.

³ Der Apotheker darf maximal CHF 40.- exkl. MWST als «Einsparungsanteil» abrechnen.

⁴ Bei der Verschreibung einer Grosspackung, um eine Dauertherapie zu starten, wird der Apotheker gemäss den Regeln der „Guten Abgabepaxis“ die Therapie mit einer Kleinpackung starten. Im Falle einer Substitution darf der Apotheker die Tarifposition „Einsparungsanteil“ nur auf der Substitution der ersten abgegebenen Grosspackung verrechnen.

⁵ Die Substitution wird nur bei der erstmaligen Substitution vergütet, nicht mehr bei Repetitionen oder weiteren Abgaben des Medikaments.

⁶ Die Tarifposition Substitution darf nicht verrechnet werden, wenn der verordnende Leistungserbringer den Wirkstoff verschreibt oder ausdrücklich die Substitution dem Apotheker delegiert (Vermerk „aut idem“ oder „aut genericum“).

Art. 12 Maschinelle Verblisterung

¹ Die Leistung kann bei einer ärztlich verordneten Verblisterung an Patienten, welche mindestens drei unterschiedliche Medikamente gleichzeitig beziehen, verrechnet werden.

² Pro Patient und Tag darf für die maschinelle Verblisterung 1.05 TP verrechnet werden. Werden 15 Mio. Patiententage pro Jahr erreicht, so wird der Tarif um 0.07 TP gesenkt. Bei jeder Mengenausweitung um weitere 5 Mio. Patiententage findet erneut eine Tarifrücksetzung um 0.07 TP statt. Diese Regelung ist ab Inkrafttreten der Tarifstruktur für drei Jahre befristet und die korrekte Umsetzung wird durch die Monitoringkommission gemäss Anhang E sichergestellt. Bei Erreichen eines Tarifs von 0.91 TP vor Ablauf der drei Jahre müssen die Vertragspartner neu verhandeln.

³ Unter diese Tarifposition fallen auch maschinell unterstützte Verblisterungen (Typ Hartfolie/Karton), bei welchen die Verblisterung nicht rein manuell, sondern teilweise IT-gestützt erfolgt.

⁴ Die Vertragspartner verpflichten sich, zwei Jahre nach Inkrafttreten der Tarifstruktur, die Verhandlung über die Weiterführung oder Anpassung der maschinellen Verblisterung aufzunehmen.

⁵ Der Sicherheits-Check Medikament gemäss Art. 2 darf pro verblistertem Medikament alle 90 Tage einmal verrechnet werden. Der Sicherheits-Check Patient gemäss Art. 3 bzw. der Sicherheits-Check Institutionspatient gemäss Art. 4 ist mit der maschinellen Verblisterung maximal einmal pro Woche zu verrechnen.

⁶ Die verblisterten Medikamente werden als Einzeltabletten verrechnet. Die Berechnung des Preises der Einzeltablette erfolgt auf der Basis der grössten Originalpackung auf der SL, welche zur Abgabe an den Patienten bestimmt ist (keine Spitalpackungen).

⁷ Bei einer maschinellen Verblisterung darf nicht das Wochen-Dosiersystem gemäss Art. 6 verrechnet werden.

⁸ Die Tarifposition ist sowohl bei der Abgabe durch die Apotheke als auch bei der Abgabe von Verblisterungen durch diese an versicherte Personen, welche die Medikamente unter Aufsicht eines anderen Leistungserbringers in einer betreuten Institution einnehmen, anwendbar.

Art. 13 Methadon-Pauschalen (exkl. Fertigarzneimittel)

¹ Bei der ärztlich angeordneten Substitutionstherapie mit Methadonlösung erfolgt die Abgeltung der Leistungen des zugelassenen Apothekers in einer Offizinapotheke inkl. der Betreuung gemäss folgenden Monatstarifen:

Leistung	Vergütung
Betreuung bei der Substitutionstherapie mit Methadonlösung erfolgt ärztlich verordnet mehr als 5 x pro Woche	216.03 TP
Betreuung bei der Substitutionstherapie mit Methadonlösung erfolgt ärztlich verordnet 1 bis 5 x pro Woche	135.89 TP

² Bei kurzen Behandlungen gelten folgende Tarife:

Leistung	Vergütung
Methadon-Pauschale Kurzbehandlung: Betreuung erfolgt mehr als 5 x pro Woche, Dauer 1 bis 15 Tage	111.50 TP
Methadon-Pauschale Kurzbehandlung: Betreuung erfolgt 1 bis 5 x pro Woche, Dauer 1 bis 15 Tage	69.69 TP

³ Die obgenannten Tarifpositionen beinhalten sämtliche durch den zugelassenen Apotheker im Zusammenhang mit der ärztlich angeordneten Betreuung bei der Einnahme von Methadonlösung bereitgestellten Produkte und erbrachten Leistungen (insbesondere Stammlösung, Einnahmekontrolle anderer Medikamente, die gleichzeitig mit Methadonlösung unter Kontrolle eingenommen werden, verwendete Mittel und Gegenstände, Leistungen des Apothekers, Betäubungsmittel-Steuer gemäss ALT etc.). Sie darf pro Patienten maximal einmal pro Monat verrechnet werden. Diese Verrechnungsregelung betrifft nicht die Kurzbehandlung.

⁴ Für die Methadon-Pauschalen resp. die Methadon-Pauschalen Kurzbehandlung gelten bei der Abrechnung für Abs. 1 30 Tage resp. für Abs. 3 15 Tage ab dem ersten Bezug.

Anhang B: Reglement des Qualitäts- und Forschungsfonds LOA V

Art. 1 Allgemeines

Dieses Reglement stützt sich auf Art. 8 Tarifstruktur-Vertrag und regelt die Pflichten und Rechte der Vertragspartner.

Art. 2 Verwendung des Qualitäts- und Forschungsfonds

¹ Der Fonds wird zur Finanzierung der Qualitätsentwicklung nach Art. 58a KVG, von Projekten zur Verbesserung der Betreuung der Patienten sowie der Qualität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit von medikamentösen Therapien verwendet. Er ist auch zur Finanzierung von Studien und Forschungsprojekten bestimmt, die dieselben Zwecke verfolgen.

² Der Fonds dient insbesondere zur Finanzierung von:

- Projekten zur Entwicklung von Massnahmen im Rahmen von Art. 58a KVG
- Pilotversuche zur Evaluierung neuer pharmazeutischer Leistungen oder neuer Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit
- Ökonomischen und wissenschaftlichen Studien im pharmazeutischen Bereich, die der Verbesserung der Betreuung der Patienten sowie der Qualität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit von medikamentösen Therapien dienen
- (Klinischen) Studien, Versorgungsstudien, Deeskalationsstudien mit Arzneimitteln zwecks unter anderem Optimierung der Anwendungsdauer, -frequenz, Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Nebenwirkungen
- Im Allgemeineninteresse erbrachten Leistungen, die nicht den Patienten verrechnet werden können
- Studien zur Qualitätsprüfung oder Qualitätssicherung im Bereich der Aus- und Weiterbildung.

Art. 3 Verwaltung des Qualitäts- und Forschungsfonds

¹ Die Verwaltungskommission des Fonds (VKF) besteht aus je vier Mitgliedern seitens Versicherer sowie seitens Apotheker. Die Vertreter der Versicherer und der Apotheker haben ungeachtet der Anzahl jeweils anwesender Vertreter jeweils vier Stimmen. Für diese acht Stimmen gilt das einfache Mehr. Die Kosten der VKF inkl. Sitzungsprotokollierung werden von den Mitgliedern selbst getragen.

² Die VKF stellt die Finanzierung der Massnahmen zur Qualitätsentwicklung nach Art. 58a KVG prioritär sicher. Sämtliche Massnahmen zur Qualitätsentwicklung werden im Qualitätsvertrag nach Artikel 58a KVG definiert. Die VKF stellt dabei sicher, dass neben der Finanzierung der Massnahmen zur Qualitätsentwicklung und der Finanzierungsbeiträge für Studien und Projekte genügend Mittel zur Führung des Sekretariats der VKF vorhanden sind.

³ Die Auswahl der vom Fonds finanzierten Studien und Projekte wird der VKF übertragen.

⁴ Anträge zur Finanzierung haben ausschliesslich über einen Vertragspartner zu erfolgen. Die eingereichten Unterlagen werden über ein von den Vertragspartnern definiertes Sekretariat (Art. 3 Abs. 8) allen Mitgliedern der VKF umgehend zur Einsicht zugestellt. Die Mitglieder der VKF haben gemäss Prozess nach Abs. 5 in einem ersten Schritt zu beurteilen, ob der Antrag den Kriterien entspricht und eine mögliche Finanzierung- (unterstützung) grundsätzlich in Frage kommt (formaler Entscheid). Innert 14 Tagen erfolgt über das

Sekretariat gemäss Prozessablauf (s. Abbildung 1) auf den formalen Entscheid eine erste Rückmeldung an den Antragsteller.

⁵ Der Entscheidungsprozess ist wie folgt geregelt:

Bei positivem formalem Entscheid des Finanzierungsantrags beurteilen die Mitglieder der VKF den eingegangenen Antrag im Detail und fällen gemäss Prozess (Abbildung 1) innert maximal 30 bzw. 60 Tagen einen entsprechenden Entscheid, welcher dem Antragsteller innert dieser Frist zurückgemeldet wird. Der Entscheid kann an einer Sitzung fallen oder als Zirkularbeschluss erfolgen und wird mit den entsprechenden Grundlagen mittels standardisierten Formulars festgehalten. Sind Rückfragen notwendig oder weitere Unterlagen einzufordern, damit ein Entscheid gefällt werden kann, so werden diese innert weiterer maximal 30 Tage nach Eingang der nachgeforderten Unterlagen und Antworten beurteilt. Erneute Fragen sind möglich, sofern sie die bereits zusätzlich eingeforderten Informationen betreffen. Diese sind gemäss Prozess (Abbildung 1) innert 15 Tagen nach Erhalt zu beurteilen.

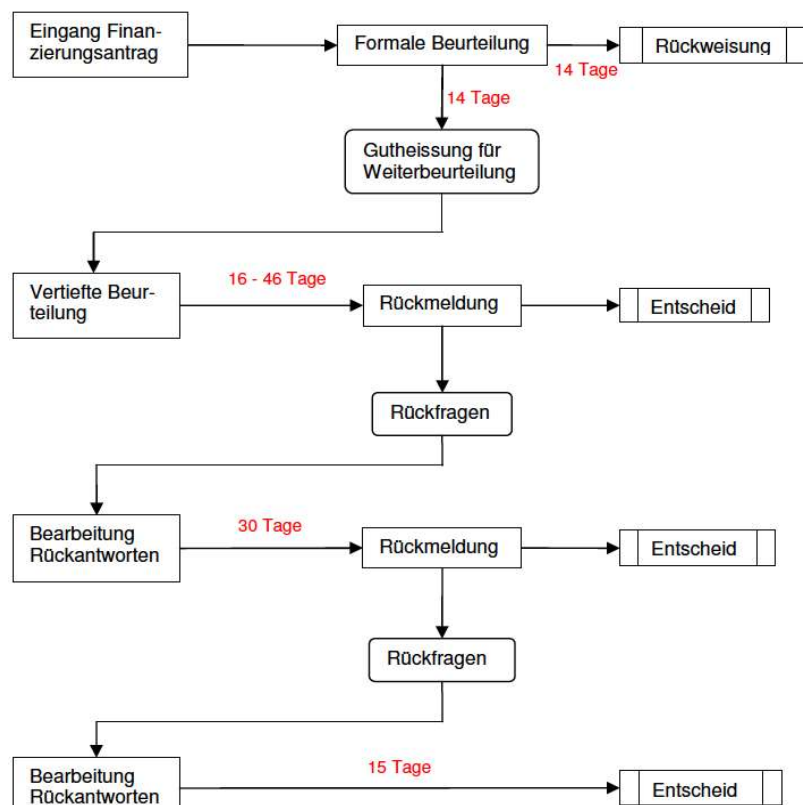


Abbildung 1: Entscheidungsprozess

⁶ Wenn innerhalb der VKF kein Beschluss zu Stande kommt oder die im Prozess definierten Fristen nicht eingehalten werden können, wird die VKF auf Antrag von mindestens zwei Kommissionsmitgliedern eine Beurteilung und einen entsprechenden Entscheid von der nächsthöheren Instanz im Rahmen einer Plenarsitzung einfordern, namentlich der Verhandlungsdelegation LOA (VHD LOA). Die VHD LOA besteht aus Vertretern aller Vertragspartner. In der VHD LOA haben die Vertreter von pharmaSuisse zwei Stimmen und jene der Versicherer haben zwei Stimmen. Für einen Entscheid der VHD LOA ist das einfache Mehr notwendig. Eine Entscheidfindung ist zwingend.

⁷ Die Verwaltung der Mittel des Fonds erfolgt durch einen gemeinsam bestimmten, externen und unabhängigen Dienstleister, welcher eine entsprechende Buchhaltung führt. Die Verwaltungskosten sowie Kosten für das Inkasso und die damit verbundenen Mehrwertsteuerschulden an die Eidgenössische

Steuerverwaltung werden aus dem Fonds beglichen. Jährlich wird ein Budget für das Folgejahr erstellt, welches der VKF vorgelegt und von ihr genehmigt wird. Regelmässig durchgeführte Revisionen durch externe Firmen werden ebenfalls durch den Fonds finanziert. Die Kontoführung muss zu jeder Zeit für alle Vertragspartner einsehbar sein.

⁸ Die Führung des Sekretariats wird in gegenseitigem Einvernehmen durch einen Vertragspartner übernommen. Das Sekretariat übernimmt allgemeine administrative Aufgaben des vorliegenden Tarifstruktur-Vertrags, namentlich die Weiterleitung eingereichter Unterlagen an die Mitglieder der VKF, Rückmeldung an die Antragsteller gemäss Prozessablauf zum formalen Entscheid (Abbildung 1) sowie weitere zusätzliche administrative Arbeiten wie u.a. die Einberufung von Sitzungen nach Anweisung und Vorgabe der VKF. Die für die Führung des Sekretariats anfallenden Verwaltungskosten werden aus dem Fonds beglichen (Stundenansatz CHF 120.- exkl. MWST). Der für das Sekretariat zuständige Vertragspartner erstellt hierzu jährlich eine nach Aufwand aufgelistete, detaillierte Rechnung, welche der VKF zur Genehmigung vorgelegt werden muss.

Art. 4 Datenlieferung und Inkasso

¹ Der zugelassene Apotheker gemäss anwendbarem Tarifvertrag verpflichtet sich, mit der Anwendung der Tarifstruktur LOA V den festgelegten Anteil zur Alimentierung des Fonds zu überweisen. In der Beitrittserklärung des anwendbaren Tarifvertrags wird festgehalten, dass es sich dabei für die Beträge um eine Schuldanererkennung handelt. Je nach Kontostand des Qualitäts- und Forschungsfonds kann die Alimentierung aufgehoben oder wieder aufgenommen werden. Der Entscheid betreffend Alimentierung erfolgt gestützt auf Art. 8 Abs. 4 Tarifstruktur-Vertrag. Die VKF berücksichtigt bei diesen Entscheiden alle bereits eingegangenen Verbindlichkeiten und gewährleistet deren Deckung aus dem Fonds. Die Aufhebung oder Aufnahme der Alimentierung erfolgt auf Ende eines Kalenderjahrs und dauert jeweils mindestens während eines Kalenderjahrs.

² Durch die Anwendung der Tarifstruktur verpflichtet sich der zugelassene Apotheker die Fakturierungsdaten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die paritätisch anerkannte Datenbank zu liefern.

³ Die EDV-Systeme der Apotheken müssen in der Lage sein, diese Daten an die paritätisch anerkannte Datenbank zu liefern. Alternativ kann der zugelassene Apotheker das Zustellen der Daten über andere Datenzentralen erledigen lassen.

⁴ In regelmässigen Abständen (mindestens einmal pro Jahr, vorzugsweise aber jedes Semester oder jedes Quartal) erfolgt die Rechnungsstellung an den zugelassenen Apotheker.

Art. 5 Sanktionsverfahren

¹ Wenn ein gemäss dem anwendbaren Tarifvertrag zugelassener Apotheker keine oder fehlerhafte Daten an die Datenbank übermittelt, liefern die Versicherer die entsprechenden Daten der betroffenen Apotheke für die massgebende Periode an die VKF, damit diese den vom zugelassenen Apotheker geschuldeten Betrag festlegen kann.

² Wenn ein zugelassener Apotheker keine oder fehlerhafte Daten an die Datenbank übermittelt oder den Beitrag an den Qualitäts- und Forschungsfonds nicht bezahlt, entscheidet die VKF innerhalb von drei Monaten aufgrund sachlicher Kriterien über ein Sanktionsverfahren wegen Nichteinhaltung oder Nichterfüllung von Vertragsbestimmungen.

³ Zusammen mit einem Antrag übermittelt die VKF sämtliche relevanten Unterlagen und Beweismittel zwecks allfälliger Durchführung eines Sanktionsverfahrens an die Versicherer.

⁴ Die Versicherer entscheiden nach Prüfung der Unterlagen je frei darüber, ob ein Sanktionsverfahren vor dem Schiedsgericht eingeleitet und ein externer Rechtsvertreter beigezogen werden soll.

⁵ Leiten die Versicherer ein Sanktionsverfahren gemäss Art. 59 KVG ein, trägt pharmaSuisse bei Entscheid zu Ungunsten des zugelassenen Apothekers die Hälfte der entstehenden, externen Kosten (Gerichtskosten, allfällige Parteientschädigung an die Gegenpartei und Honorar des externen Anwalts). Wurde durch die Versicherer kein externer Rechtsanwalt beigezogen, bezahlt pharmaSuisse bei Entscheid zu Ungunsten des zugelassenen Apothekers an die Versicherer eine pauschale Entschädigung für entstandene Umtriebe in der Höhe von maximal CHF 2'000.- pro Fall, sofern dieser Totalbetrag überhaupt erreicht wird. Den Rest der Kosten übernehmen die Versicherer.

⁶ Sollte es sich ergeben, dass das Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG nicht zuständig ist für die Beurteilung des Sachverhalts, so entscheiden die dem Tarifstruktur-Vertrag unterstellten Parteien gemeinsam, ob ein entsprechendes privatrechtliches Verfahren einzuleiten ist oder welche weiteren Massnahmen getroffen werden.

Art. 6 Auflösung des Qualitäts- und Forschungsfonds

¹ Wenn der Fonds aufgelöst oder geschlossen wird, werden alle bereits bewilligten Projekte und Finanzierungsanträge durch den Fonds gemäss Entscheid so weit möglich finanziert. Weitere Projekte und Finanzierungsanträge werden nicht bewilligt, wenn der Fonds unterdessen ausgeschöpft ist. Eine Verschuldung des Fonds ist nicht zulässig.

² Der nach Realisierung aller beschlossenen Projekte verbleibende Betrag steht nach Abzug aller direkten und indirekten Kosten im Zusammenhang mit der Betreuung und der Auflösung des Fonds gemäss Art. 2 Abs. 3 den Prämienzahlern zur Verfügung.

Anhang C: Monitoring gemäss Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV

Art. 1 Zweck

¹ Um die Kostenneutralität beim Wechsel des Tarifmodells gemäss Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV sowie die Entwicklung des Tarifs gemäss Art. 59c Abs. 2 KVV sicherzustellen, vereinbaren die Vertragspartner ein gemeinsames Monitoring mit Korrekturmassnahmen.

² Das Monitoring verfolgt folgende Zwecke:

- a) Nachweis und Sicherstellung der kostenneutralen Überführung der neuen Tarifstruktur
- b) Vereinbarung von verbindlichen Korrekturmassnahmen bei Überschreitung der festgelegten Schwellenwerte
- c) Beobachtung der Mengenentwicklung bei relevanten Tarifpositionen
- d) Reporting von Auswirkungen der Tarifstrukturanwendung auf nationaler Ebene

Art. 2 Berechnung des massgebenden Basisvolumens

¹ Das Basisvolumen wird auf Grundlage des Datenjahrs 2022 (Basisjahr) berechnet.

² Ausgangslage ist das abgerechnete LOA-IV/1-Tarifertragsvolumen (Taxpunktvolume multipliziert mit dem Taxpunktwert von CHF 1.05) im Basisjahr.

³ Das massgebliche Tarifertragsvolumen wird auf den Bruttowerten (exkl. Mehrwertsteuer (MWST)) abzüglich des Effizienzbeitrags (EB) LOA IV/1 ermittelt. Der daraus resultierende Ertrag dient sodann als Basisvolumen für die Berechnung der Referenzwerte in der Kostenneutralitätsphase nach Einführung der LOA V.

⁴ Die Tarifpositionen Substitution, maschinelle Verblisterung und Wochen-Dosiersystem werden gesondert betrachtet und gemäss Art. 5 und 6 gemonitort. Diese werden folglich nicht dem Basisvolumen angerechnet.

Art. 3 Schattenrechnung und Ermittlung des Referenzwertes

¹ Mittels Schattenrechnung wird die Vergleichbarkeit der neuen Tarifstruktur LOA V mit der vorhergehenden Tarifstruktur LOA IV/1 für einen beliebigen Abrechnungszeitraum ermöglicht. In der Schattenrechnung wird das effektive Taxpunktvolume (Anzahl abgerechnete Taxpunkte unter LOA V) des jeweiligen Abrechnungszeitraums in ein fiktives LOA-IV/1-Taxpunktvolume transcodiert (Referenzwert).

² Der Referenzwert in der Kostenneutralitätsphase wird folgendermassen berechnet:

- Das effektiv anfallende LOA-V-Tarifertragsvolumen wird in ein (fiktives) LOA-IV/1-Tarifertragsvolumen rücktransformiert und so der (fiktive) LOA-IV/1-Ertrag simuliert (Schattenrechnung mit altem Tarif).
- Die Simulation erfolgt mit dem in der gemessenen Abrechnungsperiode effektiv angefallenen LOA-V-Tarifertragsvolumen (Taxpunktvolume von LOA V multipliziert mit Taxpunktwert von LOA V), welches in ein äquivalentes LOA-IV/1-Tarifertragsvolumen (transcodiertes Taxpunktvolume von LOA IV/1 multipliziert mit Taxpunktwert von LOA IV/1 von CHF 1.05) umgerechnet wird.

³ Von der Schattenrechnung ausgenommen sind die Tarifpositionen maschinelle Verblisterung, Wochen-Dosiersystem und Substitution.

Art. 4 Korrekturmechanismus

¹ Als Toleranzbandbreite (Korridor) für die Durchführung von Korrekturmassnahmen vereinbaren die Vertragspartner eine Abweichung des effektiven LOA-V-Tarifertragsvolumens von ± 0.5 Prozent gegenüber dem Referenzwert (simuliertes LOA-IV/1-Tarifertragsvolumen).

² Wird der Referenzwert um mehr als 0.5 Prozent über- oder unterschritten, wird die Tarifstruktur LOA V linear über alle Einzelleistungen mit Taxpunkten, mit Ausnahme der Tarifpositionen maschinelle Verblisterung, Substitution und Wochen-Dosiersystem, korrigiert, so dass der (korrigierte) LOA-V-Tarifertrag dem Referenzwert entspricht. Bei einer im Vergleich zu den anderen Tarifpositionen ausgeprägten Abweichung einzelner Tarifpositionen, können die Vertragspartner eine Korrektur spezifisch bei der betreffenden Tarifposition vornehmen.

Art. 5 Gesondertes Monitoring und Korrekturmechanismus bei den Tarifpositionen maschinelle Verblisterung und Wochen-Dosiersystem

¹ Für die Tarifpositionen maschinelle Verblisterung und Wochen-Dosiersystem wird zur Gewährleistung der Kostenneutralität ein gemeinsames sektorielles Budget definiert. Dieses besteht aus dem im Basisjahr erzielten Umsatz mit der Tarifposition Wochen-Dosiersystem. Zwecks Vergleichs der Umsatzentwicklung werden die nachfolgenden Einsparungen aus der maschinellen Verblisterung eingerechnet, nämlich:

- Einsparung durch bedarfsgerechte Medikamentenabrechnung (Einzeltabletten statt Originalpackungen und damit Vermeidung von Medikamentenverschwendung)
- Einsparung durch Verwendung der grössten Originalpackung der SL (ohne Spitalpackungen)

² Die Einhaltung des gemeinsamen sektoriellen Budgets für die Tarifpositionen Wochen-Dosiersystem und maschinelle Verblisterung wird während der Kostenneutralitätsphase anhand des effektiv abgerechneten Tarifertragsvolumens für die beiden Tarifpositionen sowie die Messung der Einspareffekte ermittelt. Wird das sektorielle Budget überschritten, erfolgt eine Korrektur der Taxpunkte der Tarifposition Wochen-Dosiersystem auf das definierte Budget im Basisjahr. Bei Unterschreitung des Budgets erfolgt keine Korrektur.

³ Die Tarifposition maschinelle Verblisterung unterliegt zusätzlich einer Tarifdegression wie in Art. 12 Abs. 2 Anhang A beschrieben. Diese Degression wird bei der Betrachtung des sektoriellen Budgets berücksichtigt.

Art. 6 Gesondertes Monitoring für die Tarifposition Substitution

Bei der Anwendung der Tarifposition Substitution werden die resultierenden zusätzlichen Kosten durch die Einsparungen überkompensiert. Aufgrund dieser Überkompensation erfolgt lediglich ein Monitoring dieser Tarifposition zur Überwachung der Mengenentwicklung und Ermittlung der Einsparungen. Die Vertragspartner vereinbaren, dass keine Korrekturmassnahmen ergriffen werden.

Art. 7 Dauer und Periodizität des Monitorings

¹ Das Monitoring zur Sicherung der Kostenneutralität wird während eines Abrechnungszeitraums von drei Jahren ab Inkrafttreten der neuen Tarifstruktur LOA V (2026-2028) durchgeführt.

² Die entsprechenden Daten werden jährlich, mind. sechs Monate nach Behandlungsdatum analysiert. Die ersten Datenabfragen und -analysen erfolgen im dritten Quartal des Jahrs X+1 nach der Einführung der LOA V (bei Einführung per 1. Januar 2026 im Jahr 2027) mit der entsprechenden Korrektur bei Über- oder

Unterschreitung des Korridors gemäss Art. 4 bzw. bei Überschreitung des definierten gemeinsamen sektoriellen Budgets der Tarifpositionen maschinelle Verblisterung und Wochen-Dosiersystem nach Art. 5 per 1. Januar des Jahrs X+2 (bei Einführung per 1. Januar 2026 im Jahr 2028).

Art. 8 Reporting

Die Vertragspartner informieren das Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Tarife und Grundlagen jährlich schriftlich innerhalb von 30 Tagen nach dem erfolgten Monitoring bzw. Beschluss über die Korrekturen im durchgeführten Monitoring, dessen Ergebnisse und allfällige Korrekturen der Tarifstruktur.

Art. 9 Datenquellen

¹ Datengrundlage bildet das Monitoring-Tool (MTL) von COGE oder einer allfälligen Nachfolgefirma und die für diese Applikation verwendeten Spezifikationen. Andere Datenquellen (IQVIA, Tarifdatenbank) dienen der Plausibilisierung. Als gemeinsames Werkzeug wird mit den Vertragspartnern das MTL bewirtschaftet, wobei für alle Vertragspartner der Zugang zu denselben Daten sichergestellt wird.

² Die Daten zur Messung der Einspareffekte bei der Tarifposition maschinelle Verblisterung gemäss Art. 5 werden den Mitgliedern der Monitoringkommission von pharmaSuisse zur Verfügung gestellt.

³ Sämtliche für die Durchführung des Monitorings notwendigen Daten werden jeweils anonymisiert verwendet. Den Vertragspartnern wird unter Einhaltung der jeweiligen Datenschutzbestimmungen die notwendige Datentransparenz gewährt.

Anhang D: Monitoring nach Art. 47c KVG

Art. 1 Zweck

Vorliegender Anhang regelt im Sinne von Art. 6 Tarifstruktur-Vertrag die Umsetzung von Art. 47c KVG, welcher in allen Verträgen nach Art. 43 Abs 4 KVG verpflichtend umzusetzen ist.

Art. 2 Organisation

Die in Anhang E durch die Vertragspartner formierte, paritätische Monitoringkommission stützt sich auch auf Art. 47c KVG. Die weiteren Aufgaben und Kompetenzen finden sich in Art. 2 Anhang E.

Art. 3 Inkrafttreten

Das Monitoring nach Art 47c KVG tritt im Anschluss an das Monitoring nach Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV sowie Art. 59c Abs. 2 KVV in Kraft.

Kapitel I Monitoring und Überwachung

Art. 4 Datengrundlage

¹ Die Tarifpool-Daten der SASIS AG bilden die Datenquelle ab Inkrafttreten des Tarifstruktur-Vertrags LOA V. Der Tarifpool enthält die Abrechnungsdaten der Versicherer in aggregierter Form.

² Die Zuordnung der Daten zur Betrachtungsperiode erfolgt aufgrund des Datums der Rechnungsstellung (entsprechend Rechnungsdatum).

³ pharmaSuisse plausibilisiert die Tarifpool-Daten so weit möglich auf Basis der eigenen Datenquellen. Bei einer Diskrepanz zwischen den Datenquellen suchen die Vertragspartner das Gespräch und klären deren Ursache.

Art. 5 Messgrössen

¹ Art. 47c KVG hält fest, dass sowohl Mengen- als auch Volumen- und Kostenentwicklungen überwacht werden müssen.

² Für den Bereich der Apothekerleistungen (LOA) sind mindestens folgende Grössen zu überwachen:

Messgrösse	Beschreibung	Herleitung
Menge	Anzahl abgerechnete Leistungen pro Tarifposition	Die Menge pro Tarifposition wird dem Tarifpool entnommen
Volumen	Anzahl abgerechnete Taxpunkte (TP) pro Tarifposition	Das Volumen pro Tarifposition wird dem Tarifpool entnommen, es kann aber auch aus der Menge berechnet werden: $\text{Volumen} = \text{Menge} * \text{TP}$
Kosten	(Brutto-)Kosten ¹ pro Tarifposition	Die Kosten pro Tarifposition werden dem Tarifpool entnommen, sie können aber auch aus dem Volumen berechnet werden: $\text{Kosten} = \text{Volumen} * \text{Taxpunkt看 (TPW)}$

Tabelle 1: Gesetzlich geforderte Messgrössen

¹ Bruttokosten im Kontext der Tarifpool-Daten beziehen sich auf die Gesamtkosten einer Leistung, die vorab von den Versicherern bezahlt und im Tarifpool erfasst werden.

Art. 6 Umsetzung des Monitorings

¹ Um die Monitoringvorgaben gemäss Art. 47c KVG umzusetzen, werden die in Tabelle 1 definierten Messgrössen erhoben und mit den entsprechenden Werten aus den Vorjahren verglichen. Zuständig für die Umsetzung ist die Monitoringkommission gemäss Anhang E.

² Der Ablauf des Monitorings erfolgt in drei Schritten, die im Folgenden grob umrissen werden. Die Detailbeschreibung findet sich in den nachfolgenden Kapiteln.

³ Kostenprognose: Im Bezugsjahr (Jahr, das gemonitort werden soll) wird eine Kostenprognose für das laufende Jahr erstellt und daraus eine Obergrenze abgeleitet. Die Kostenprognose basiert auf der Kostenentwicklung der Vorjahre («Basisperiode»).

⁴ Monitoring: Im Berichtsjahr (Jahr nach dem Bezugsjahr) werden die Gesamtkosten, für die im Bezugsjahr effektiv erbrachten Leistungen ermittelt. Die Gesamtkosten dürfen die in Abs. 3 ermittelte Obergrenze nicht überschreiten.

⁵ Analyse bei Kostenüberschreitung: Im Analysejahr (Jahr nach Berichtsjahr) werden im Falle einer Kostenüberschreitung die Ursachen analysiert und – falls die Kostenüberschreitung nicht gerechtfertigt ist – Gegenmassnahmen gemäss Art. 10 Anhang D getroffen.

⁶ Der Ablauf des Monitorings verläuft gemäss untenstehender Abbildung 1.

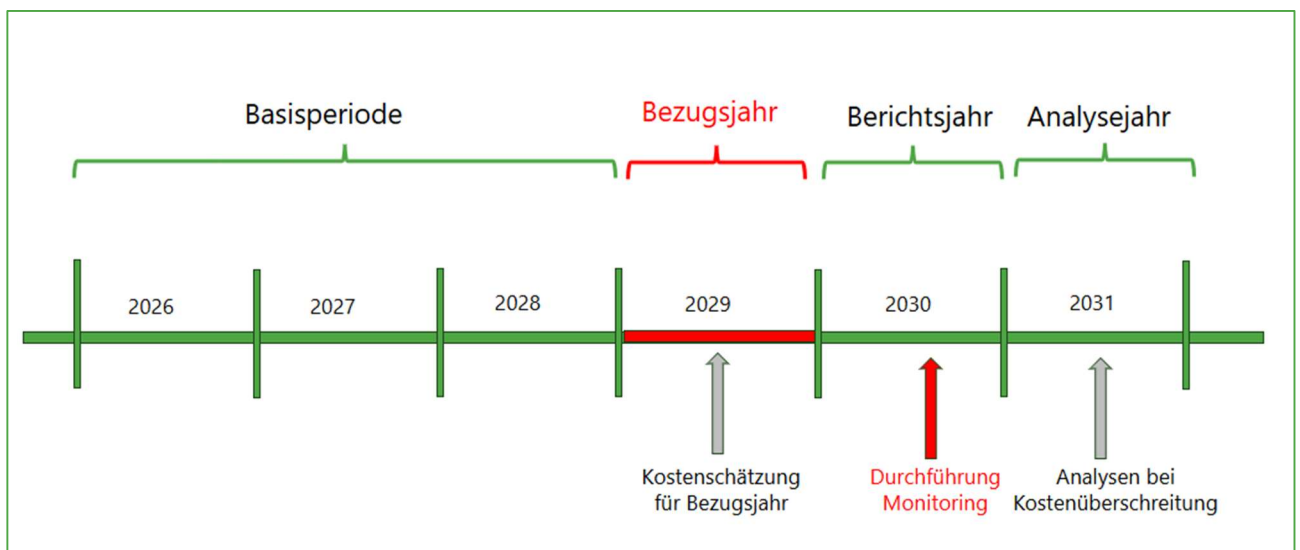


Abbildung 1: Illustration Ablauf Monitoring: Das Bezugsjahr (hier das Jahr 2029) wird gemonitort. Zu diesem Zweck wird im Bezugsjahr eine Kostenschätzung vorgenommen, die auf der Mengenentwicklung während der Basisperiode basiert. Im Berichtsjahr (in der Abbildung das Jahr 2030) wird das Monitoring für das Bezugsjahr durchgeführt. Im Fall einer Kostenüberschreitung werden im Analysejahr (2031) die Ursachen analysiert.

⁷ Für das Bezugsjahr wird eine Kostenschätzung erstellt und daraus eine Obergrenze abgeleitet. Die Kostenschätzung basiert auf den nachfolgenden Grundlagen:

- den abgerechneten Mengen während der Basisperiode
- den im Bezugsjahr gültigen TP
- dem bzw. den im Bezugsjahr gültigen TPW

⁸ In einem ersten Schritt wird eine Prognose für die erwartete Menge im Bezugsjahr erstellt. Aus dieser Mengenprognose erfolgt dann die Berechnung der Prognosen für Volumen und Kosten aufgrund der TP und des TPW.

⁹ Die Mengenprognose basiert auf der Mengenentwicklung während der Basisperiode. Die Entwicklung während dieser Periode wird auf das Bezugsjahr extrapoliert. Als Basisperiode gelten die fünf letzten Jahre vor dem Bezugsjahr. Ausnahme stellen die erste und die zweite Durchführung dar, da während dieser LOA V erst drei respektive vier Jahre in Kraft ist und daher die Basisperiode maximal drei bzw. vier Jahre umfassen kann.

¹⁰ Die Kostenschätzung erfolgt für jede Tarifposition einzeln. Zu diesem Zweck werden nachfolgende Schritte für jede Tarifposition durchgeführt:

1) Berechnung Mengen-Änderungsrate während der Basisperiode

Die Basisperiode dauere n Jahre, beginnend im Jahr 1 und endend im Jahr n. Menge(Jahr 1) bezeichne die im Jahr 1 abgerechnete Menge an Tarifpositionen, Menge(Jahr n) die im Jahr n abgerechnete Menge. Die durchschnittliche jährliche Änderungsrate berechnet sich nach folgender Formel:

$$\text{Änderungsrate} = \left(\frac{\text{Menge (Jahr } n)}{\text{Menge (Jahr 1)}} \right)^{\frac{1}{(n-1)}} - 1$$

2) Mengenprognose für das Bezugsjahr

Die prognostizierte Menge für das Bezugsjahr rechnet sich aus der im letzten Basisjahr abgerechneten Menge an Tarifpositionen und der Änderungsrate wie folgt:

$$\text{Menge(Bezugsjahr)} = \text{Menge (Letztes Jahr Basisperiode)} \times (1 + \text{Änderungsrate})$$

3) Volumenprognose für das Bezugsjahr

Das prognostizierte Volumen für das Bezugsjahr rechnet sich wie folgt:

$$\text{Volumen(Bezugsjahr)} = \text{Menge(Bezugsjahr)} \times \text{Taxpunkte}$$

4) Kostenprognose für das Bezugsjahr

Die prognostizierten Kosten für das Bezugsjahr rechnen sich wie folgt:

$$\text{Kosten(Bezugsjahr)} = \text{Volumen(Bezugsjahr)} \times \text{Taxpunktewert}$$

¹¹ Der in Abs. 10 beschriebene Algorithmus wird für jede einzelne Tarifposition durchgeführt. Die Gesamtkosten ergeben sich schliesslich über die Summation der Kosten der einzelnen Tarifpositionen.

Beispiel einer Mengenprognose von Tarifpositionen im Bezugsjahr:

Tarifposition	Änderungsrate	Basisperiode (Messwerte)			Bezugsjahr (Prognose)
		2026	2027	2028	2029
Sicherheits-Check Medikament	2.0 Prozent	200	195	208	212
Sicherheits-Check Patient	3.0 Prozent	100	101	106	109

Tabelle 2: Mengenschätzung am Beispiel von zwei Tarifpositionen: Die Basisperiode dauert von 2026 bis 2028. Aufgrund des Wachstums während der Basisperiode wird die jährliche Änderungsrate berechnet und darauf basierend die Mengenprognose für das Bezugsjahr 2029 erstellt. Die im Beispiel verwendeten Zahlen sind zufällig gewählt und dienen nur zur Illustration.

¹² Aufgrund der Kostenschätzung wird die Obergrenze für das Bezugsjahr festgelegt. Als Obergrenze gelten die für das Bezugsjahr ermittelten Gesamtkosten zuzüglich einer Toleranzbreite von 2 Prozent. Die Obergrenze gilt als überschritten, wenn die Gesamtkosten höher ausfallen als die Obergrenze. Es wird keine Obergrenze für einzelne Tarifpositionen definiert.

¹³ Die Einführung einer neuen Tarifposition stellt einen Spezialfall dar. Es wird zwischen den ersten beiden Jahren nach Einführung, dem dritten Jahr und den nachfolgenden Jahren differenziert.

- Erstes und zweites Jahr: Die Daten zur Mengenentwicklung fehlen, weshalb auf eine Kostenschätzung verzichtet wird. Die neue Tarifposition trägt folglich nicht zur Definition der Obergrenze bei und wird im Monitoring nicht berücksichtigt.
- Drittes Jahr: Als Basis für die Kostenschätzung gilt die im zweiten Jahr abgerechnete Menge an Tarifpositionen. Die neue Tarifposition wird erstmals gemonitort.
- Viertes Jahr und folgende: Kostenschätzung und Monitoring erfolgen wie bei allen anderen Tarifpositionen. Die Basisperiode ist zu Beginn jedoch verkürzt.

¹⁴ Im Berichtsjahr ist das Monitoring jeweils spätestens am 30. November für das Vorjahr erstellt. Die Umsetzung des Monitorings gemäss vorliegendem Anhang erfolgt ab dem ersten Jahr nach Beendigung der Kostenneutralitätsphase beim Wechsel des Tarifmodells gemäss Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV.

Art. 7 Nicht beeinflussbare Faktoren

¹ Der überwiegende Teil der Tarifpositionen betrifft delegierte Leistungen, die der zugelassene Apotheker im Rahmen der Rezeptausführung zwingend zu erbringen hat. Diese Leistungen werden automatisch ausgelöst, sobald eine ärztliche Verordnung in der Apotheke eingelöst wird. Da das Ordnungsverhalten ausschliesslich im Verantwortungsbereich der verordnenden Leistungserbringer liegt, hat der zugelassene Apotheker keinen Einfluss darauf, welche und wie viele dieser Leistungen tatsächlich zu erbringen sind. Folglich kann die Anzahl der abgerechneten Tarifpositionen weder gesteuert noch vorausschauend geplant werden.

² Die folgende Tabelle 3 enthält die LOA-V-Tarifpositionen und die Angabe über die Beeinflussbarkeit der Menge durch den zugelassenen Apotheker.

Tarifziffer	Leistungsbezeichnung	Beeinflussbar durch Apotheker
3000.00	Sicherheits-Check Medikament (Neu / Abgabekategorie A)	Nein
3001.00	Sicherheits-Check Medikament (Neu / Abgabekategorie B)	Nein
3002.00	Sicherheits-Check Medikament (Bestehend / Abgabekategorie A)	Nein
3003.00	Sicherheits-Check Medikament (Bestehend / Abgabekategorie B)	Nein
3004.00	Sicherheits-Check Patient	Nein
3005.00	Sicherheits-Check Institutionspatient	Nein
3006.00	Neuerfassung und Aktualisierung Patientendaten	Nein
3007.00	Wochen-Dosiersystem (3 – 5 Medikamente)	Nein ²
3008.00	Wochen-Dosiersystem (6 – 8 Medikamente)	
3009.00	Wochen-Dosiersystem (9 und mehr Medikamente)	
3010.00	Abgabe einer fraktionierten Packung zur ambulanten Einnahme	Nein
3011.00	Einnahmekontrolle	Nein
3012.00	Notfalldienst	Nein
3013.00	Anwendungserklärung	Nein
3014.00	Substitution	Ja
3015.00	Maschinelle Verblisterung	Nein ²
3016.00	Maschinelle Verblisterung Institutionspatient	Nein ²
3017.00	Methadon-Pauschale (mehr als 5 x pro Woche)	Nein
3018.00	Methadon-Pauschale (1 bis 5 x pro Woche)	Nein
3019.00	Methadon-Pauschale Kurzbehandlung (mehr als 5 x pro Woche)	Nein
3020.00	Methadon-Pauschale Kurzbehandlung (1 bis 5 x pro Woche)	Nein

Tabelle 3: Tarifpositionen LOA V

² Das Verhältnis des Wochen-Dosiersystems zur maschinellen Verblisterung ist teilweise beeinflussbar.

³ Die der Tabelle 3 zu entnehmenden Tarifpositionen, deren Abgabemenge durch den zugelassenen Apotheker beeinflusst werden können, sind wie folgt zu begründen:

- 1) Substitution: Es ist ein Recht des zugelassenen Apothekers, welches das Einverständnis des Patienten voraussetzt, ein Original- oder Referenzpräparat mit einem günstigeren Generikum bzw. Biosimilar zu substituieren.
- 2) Wochen-Dosiersystem oder maschinelle Verblisterung: Die Abgabe von Medikamenten im Rahmen eines Wochen-Dosiersystems oder einer maschinellen Verblisterung erfolgt auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung und liegt somit nicht im Einflussbereich des zugelassenen Apothekers. Auf technischer Ebene (abhängig von Galenik des Medikaments, Therapie, Patiententyp, Therapiedauer und weiteren Einflussfaktoren) ist der zugelassene Apotheker jedoch befähigt, ein manuell befülltes Wochen-Dosiersystem durch eine kostengünstigere maschinelle Verblisterung zu ersetzen.

⁴ Neben dem ärztlichen Ordnungsverhalten kann sich auch das Patientenverhalten auf die Anzahl der abgerechneten Tarifpositionen auswirken. Der zugelassene Apotheker hat auf dieses keinen direkten Einfluss. Nachfolgende Auswirkungen kann ein sich änderndes Patientenverhalten haben:

- Loyalität des Patienten zu seiner Stammapotheke: Diese hat einen direkten Einfluss auf das Verhältnis zwischen den abgerechneten Tarifpositionen nach Art. 2 Anhang A Sicherheits-Check Medikament (Neu) und Sicherheits-Check Medikament (Bestehend). Zudem wirkt sie sich auf die Häufigkeit der Abrechnung der Tarifposition nach Art. 5 Anhang A Neuerfassung und Aktualisierung Patientendaten aus.
- Therapietreue (Adhärenz): Sie beeinflusst die Häufigkeit und Anzahl der Medikamentenbezüge.

Kapitel II Regeln zur Korrektur von ungerechtfertigten Erhöhungen

Im Berichtsjahr werden die effektiv gemessenen Gesamtkosten mit der Kostenschätzung abgeglichen. Im Folgenden wird der Ablauf in Abhängigkeit davon beschrieben, ob die Kostenobergrenze überschritten wird oder nicht.

Art. 8 Gesamtkosten unterhalb der Obergrenze

Es folgt das Vorgehen gemäss Anhang E. Der Prozess ist damit abgeschlossen.

Art. 9 Gesamtkosten ausserhalb der Obergrenze (erklärbare Abweichung)

Ist die Abweichung auf Basis von Art. 5 erklärbar, so verabschieden die Vertragspartner den Monitoringbericht bis zum 30. November des Analysejahrs gemäss Anhang E. Damit ist der Prozess abgeschlossen.

Art. 10 Gesamtkosten ausserhalb der Obergrenze (nicht erklärbare Abweichung)

¹ Stellt die Monitoringkommission im Rahmen der Detailanalyse und Ursachenforschung gemäss Art. 7 Abweichungen der Gesamtkosten fest, welche nicht durch die in Art. 5 aufgeführten Einflussfaktoren erklärbar sind, werden die Korrekturmassnahmen gemäss Art. 10 Kapitel III in Verbindung mit Anhang E ergriffen.

² Die Überprüfung der Wirkung der Korrekturmassnahmen erfolgt im Rahmen des ordentlichen Monitorings gemäss Anhang E.

Kapitel III Korrekturmassnahmen

Art. 11 Grundsätze der Korrektur

¹ Die Korrektur erfolgt immer prospektiv.

² Die Korrektur erfolgt möglichst verursachergerecht.

Art. 12 Massnahmen zur Korrektur

¹ Die Monitoringkommission schlägt je nach Ursache auf der Basis des nachstehenden Katalogs Korrekturmassnahmen vor:

Ursache	Instrument	Weiterleitung an	Massnahme
Tarifstruktur	Anpassung der Tarifstruktur	VHD LOA	Fehlanreiz beheben
Mengenentwicklung	a) Preisverhandlung b) Normativer Eingriff	VHD LOA VHD LOA	Entwicklung korrigieren
Auffälligkeiten in der Rechnungstellung	a) Rechnungsprüfung b) Anpassung Beschreibung der Tarifposition im Tarifstruktur-Vertrag	Versicherer VHD LOA	Prüfung intensivieren und bei Bedarf korrigieren
Tarif (TPW)	Tarifverhandlung	VHD LOA	Abweichung begründen

Tabelle 4: Katalog der Korrekturmassnahmen

² Abhängig von Ursache und Ausmass können auch mehrere Massnahmen kumulativ vorgeschlagen werden. Die Anmerkungen zu einzelnen Instrumenten folgen in Abs. 3.

³ Tarifstruktur: ungewollte Entwicklungen, welche bei einzelnen Tarifpositionen zu einem nicht erkläraren Wachstum der Mengen (oder in gewissen Konstellationen zu einer Übervergütung) führen. Die Vertragspartner korrigieren den Fehlanreiz und vereinbaren innert der definierten Fristen gemäss Abs. 4 eine entsprechende Tarifstruktur-Anpassung. Diese führt zu einem Genehmigungsantrag zuhanden des Bundesrats. Die Umsetzung der Anpassungen beim zugelassenen Apotheker und den Versicherern erfolgt auf den Beginn des folgenden Jahrs, sofern der Entscheid des Bundesrats bis spätestens 31. Oktober des betreffenden Jahrs vorliegt. Andernfalls erfolgt die Anpassung auf den Beginn des übernächsten Jahrs.

⁴ Mengenentwicklung: nicht erklärbares Wachstum der Gesamtmengen (oder von höhervergüteten Tarifpositionen zulasten tiefervergüteter). Bei nicht erklärbarer Mengenentwicklung sind mehrere Massnahmen denkbar:

1) Korrektur über Tarife oder Preis

Die Monitoringkommission beschliesst innert sechs Monaten als Lösung eine für die nicht erkläraren Mengenentwicklungen auszuhandelnde Tarif- oder Preisanpassung und legt sie der VHD LOA vor. Diese entscheidet anlässlich der ausserordentlichen Plenarsitzung gemäss Art. 3 Anhang E darüber, welche Erkenntnisse als zusätzliches Element in die Verhandlungen aufgenommen werden (abgesehen von Preisdifferenzen und sonstiger Besonderheiten).

2) Normativer Eingriff

Falls für die Vorgaben gemäss Abs. 4 Ziffer 1 innerhalb der definierten Frist keine Lösung gefunden wird, kann die Monitoringkommission für den zugelassenen Apotheker eine Korrektur der

Tarifpositionen über einen Korrekturfaktor vorschlagen. Die VHD LOA verhandelt diese Korrektur in einer ausserordentlichen Plenarsitzung gemäss Art. 3 Anhang E.

⁵ Auffälligkeit in der Rechnungsstellung: verursacht durch eine systematische, ungerechtfertigte Falschabrechnung eines zugelassenen Apothekers. Die Auffälligkeit wird den Versicherern gemeldet und via Rechnungsprüfung über alle Versicherer sichergestellt, dass weitere Falschabrechnungen unterbunden werden bzw. Rechnungen zurückgestellt werden. Der betreffende zugelassene Apotheker wird vom Versicherer informiert. Sollten die Auffälligkeiten mehrere zugelassene Apotheker betreffen, ist eine Anpassung oder Präzisierung der Beschreibung im vorliegenden Tarifstruktur-Vertrag bei der nächsten Tarifrevision bzw. im Kommentar zur LOA V angezeigt.

Anhang E: Vereinbarung über die paritätische Monitoringkommission

Art. 1 Zweck

Für das Monitoring der Tarifentwicklung, die Entwicklung von Kosten, Mengen und Volumen sowie die Entscheidungsfindung gemäss Anhang C sowie Anhang D wird eine ständige Monitoringkommission mit Inkrafttreten des vorliegenden Tarifstruktur-Vertrags eingesetzt.

Art. 2 Zusammensetzung und Vorsitz

¹ Die paritätische Monitoringkommission setzt sich zusammen aus je zwei Vertretern von pharmaSuisse und der Versicherer.

² Der Vorsitz wechselt jährlich zwischen den Vertragspartnern prio.swiss und pharmaSuisse.

Art. 3 Sitzungen und Entscheidungsfindung

¹ Die Vertreter von pharmaSuisse haben zwei Stimmen und jene der Versicherer haben zwei Stimmen.

² Für einen Entscheid in der Monitoringkommission ist das einfache Mehr notwendig. Besteht keine Einigung, so wird der Entscheid automatisch an die VHD LOA übergeben. Eine Entscheidungsfindung ist zwingend.

³ Trifft die Monitoringkommission einen Entscheid, so ist dieser umgehend der VHD LOA schriftlich mitzuteilen.

⁴ Ist ein Vertreter der Vertragspartner in der VHD LOA mit dem Entscheid der Monitoringkommission nicht einverstanden, kann er innerhalb von 10 Tagen nach der schriftlichen Information durch die Monitoringkommission ein Veto zum Entscheid einlegen. Der Entscheid der Monitoringkommission wird dadurch als Antrag automatisch an die VHD LOA übergeben und wird in einer ausserordentlichen Plenarsitzung innerhalb von 30 Tagen behandelt.

⁵ In der VHD LOA haben die Vertreter von pharmaSuisse zwei Stimmen und jene der Versicherer haben zwei Stimmen. Für einen Entscheid in der VHD LOA ist das einfache Mehr notwendig. Bei einer Pattsituation im Plenum ernennen die Vertragspartner einen neutralen Gutachter, der die Daten aus dem Monitoring analysiert und die individuellen Korrekturmassnahmen berechnet. Der Entscheid des Gutachters ist verbindlich, sofern sich die Vertragspartner nicht auf einen anderen Kompromiss einigen können. Die Vertragspartner teilen sich die Kosten für den externen Gutachter (50 Prozent pharmaSuisse, 50 Prozent prio.swiss).

⁶ Eine Sitzung der Monitoringkommission kann auf Begehren eines Vertragspartners mit einer Frist von 30 Tagen einberufen werden.

Art. 4 Sekretariat

¹ Das Sekretariat der Monitoringkommission wird durch den Vertragspartner geführt, welcher den Vorsitz stellt.

² Das Sekretariat bereitet die Sitzungen vor und führt das Sitzungsprotokoll samt Pendenzenliste. Der Vorsitzende kann diese Tätigkeiten auf Kosten seiner Organisation delegieren und nach vorgängiger Information der Kommissionsmitglieder bei Sitzungen einen Protokollführer beiziehen.

Art. 5 Aufgaben und Vorgehen

¹ Die Monitoringkommission stellt die Daten für das Monitoring zusammen, ist zuständig für das Monitoring nach Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV gemäss Anhang C sowie das Monitoring nach Art. 47c KVG gemäss Anhang D und die Umsetzung der Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Erhöhungen gemäss Art. 5, 6, 7 und 8 Anhang D.

² Die Datenaufbereitung, das Monitoring sowie allfällige Analysen können infolge Entscheids durch die Monitoringkommission an einen externen Partner vergeben werden. Dieser sorgt zusammen mit den Vertragspartnern für eine fristgerechte Dateneinsicht und -lieferung.

³ Die Monitoringkommission kann Korrekturen beschliessen. Im Fall notwendiger Korrekturen werden dem zugelassenen Apotheker via pharmaSuisse sowie den Einkaufsgemeinschaften der Versicherer Einsicht in die für sie wesentlichen Datengrundlagen gewährt.

⁴ Die Monitoringkommission nimmt eine vertiefte Analyse zwecks Ursachenforschung bis zum 30. April des Analysejahrs vor und stimmt die Resultate mit den nicht beeinflussbaren Faktoren gemäss Art. 5 Anhang D ab. Weiter bereitet sie die Unterlagen jeweils bis 31. Mai des Analysejahrs zuhanden der VHD LOA auf. Nach Abnahme durch die VHD LOA verabschieden die Vertragspartner den Bericht bis spätestens 31. August des Analysejahrs. Die Monitoringkommission kann bei Bedarf für die Überprüfung der Wirkung der Korrekturmassnahmen eine der jeweiligen Thematik angepasste Frist festlegen.

⁵ Die VHD LOA kann der Monitoringkommission weitere Aufträge erteilen.