

TARIFVERTRAG (LOA IV)

zwischen dem

Schweizerischen Apothekerverband (pharmaSuisse)

und

santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer (santésuisse)

A. INGRESS

Artikel 1: Gegenstand

Dieser Vertrag ersetzt den Tarifvertrag zwischen dem Schweizerischen Apothekerverband (pharmaSuisse) und santésuisse - Die Schweizer Krankenversicherer (santésuisse) vom 31.10.2006 (LOA III)

Mit diesem Vertrag entwickeln pharmaSuisse und santésuisse (nachfolgend Vertragsparteien) die leistungsorientierte Abgeltung der Apotheker weiter.

Artikel 2: Zielsetzung des Vertrages

- 1) Der vorliegende Vertrag regelt die Vergütung der Apothekerleistungen durch die Versicherer im Bereich des KVG gemäss Art. 25 Abs. 2 lit. b und h KVG, Art. 42 KVG, Art. 43 Abs. 5 KVG, Art. 46 KVG und Art. 4a KLV Abs. 1 und 2 sowie die Regelung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung gemäss Art. 56 Abs. 5 KVG und Art. 58 KVG.
- 2) Die Vertragsparteien 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 Compliance im Medikamentenbereich ein.
- 3) Die Vertragsparteien vertreten die Zielsetzungen und die Umsetzung des vorliegenden Tarifvertrages in der Öffentlichkeit und sprechen ihre diesbezüglichen Aussagen im Interesse einer offenen und kohärenten Information möglichst im Voraus ab. Die Vertragsparteien, die Vertragsversicherer und die Vertragsapotheken setzen hierzu nach Möglichkeit die ihnen zur Verfügung stehenden Kommunikationsmittel ein. Sie halten sich dabei an die Vorgaben des Bundesgesetzes über den unlauteren Wettbewerb (UWG).

B. GELTUNGSBEREICH UND BEITRITTSVERFAHREN

Artikel 3: Räumlicher Geltungsbereich

Der räumliche Geltungsbereich dieses Tarifvertrages erstreckt sich auf das gesamte Gebiet der Schweizerischen Eidgenossenschaft.

Artikel 4: Persönlicher Geltungsbereich

Der persönliche Geltungsbereich dieser Vereinbarung erstreckt sich auf:

- a) Alle Mitglieder von pharmaSuisse, die verantwortliche Leiter einer öffentlichen Apotheke sind, für welche der direkte und der indirekte Mitgliederbeitrag entrichtet wird und die als Leistungserbringer gemäss Art. 37 KVG zugelassen sind und die gemäss Art. 5 Abs. 1 gegenüber pharmaSuisse eine Beitrittserklärung zu diesem Vertrag abgegeben haben.
- b) Alle Mitglieder von santésuisse, die gemäss Art. 5 Abs. 1 gegenüber santésuisse eine Beitrittserklärung abgegeben haben.
- c) Alle Versicherer oder Apotheker gemäss KVG, die eine entsprechende Beitrittserklärung gemäss Art. 5 Abs. 1 abgegeben haben.

Artikel 5: Beitrittsverfahren

- 1) Folgende Apotheker und Versicherer können durch eingeschriebenen Brief an die zuständige Vertragspartei (pharmaSuisse oder santésuisse) dieser Vereinbarung jederzeit beitreten und gelten nach erfolgtem Beitritt als Vertragsapotheker resp. Vertragsversicherer:
 - a) Apotheker und Versicherer gemäss Art. 4 Abs. 1 lit. a und b und Anhang 6.
 - b) Alle als Leistungserbringer zugelassenen Apotheker, die nicht gemäss Art. 4 Abs. 1 lit. a Mitglied von pharmaSuisse sind, unter den Voraussetzungen von Anhang 6.
 - c) Krankenversicherer, welche Nichtmitglied von santésuisse sind.
 - d) Mitglieder von pharmaSuisse oder von santésuisse, die dem Vertrag nicht beigetreten oder aus dem Vertrag ausgetreten sind. Von Apothekern und Versicherern, die dem Vertrag gemäss Art. 5 Abs. 1 lit. b und c beitreten, ist eine Beitrittsgebühr und ein jährlicher Unkostenbeitrag im Sinne des Art. 46 Abs. 2 KVG zu entrichten (Anhang 6). Mitglieder von pharmaSuisse oder von santésuisse, die dem Vertrag gemäss Art. 5 Abs. 1 lit. d beitreten, bezahlen lediglich die Beitrittsgebühr.
- 2) Die Aufgabe der Mitgliedschaft bei santésuisse oder bei pharmaSuisse hat die Wirkung eines Vertragsaustrittes. Apotheker oder Krankenversicherer, die in einer solchen Situation weiterhin diesem Vertrag angehören wollen, müssen eine individuelle, formelle Beitrittserklärung gemäss Absatz 1 abgeben und haben ab Zeitpunkt des Verbandsaustrittes die Beitrittsgebühr und einen jährlichen Unkostenbeitrag zu entrichten.
- 3) santésuisse und pharmaSuisse führen ein Verzeichnis der Apotheker und Krankenversicherer, für welche dieser Vertrag gilt, und geben sich laufend gegenseitig Kenntnis von Vertragsbeitritten und -rücktritten. Die Vertragsparteien verpflichten sich, die Vertragsversicherer und die Vertragsapotheken nach Zuständigkeit spätestens innert 60 Tagen in geeigneter Form über die Mutationen zu informieren.

Artikel 6: Sachlicher Geltungsbereich

- 1) Der sachliche Geltungsbereich erstreckt sich auf folgende, im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von einem Vertragsapotheker an eine obligatorisch krankenversicherte Person abgegebene Produkte bzw. erbrachte Leistungen:
 - a) Arzneimittel der Spezialitätenliste (nachfolgend SL) A und B;
 - b) Arzneimittel der SL C und D;
 - c) Impfstoffe der SL und Immunologika der SL;
 - d) Magistralrezepturen, d.h. Rezepturen nach ALT, die ein Apotheker in seiner Offizin herstellt;
 - e) Analysen, welche die Vertragsapotheker erstellen dürfen;
 - f) Mittel und Gegenstände maximal innerhalb des Höchstbetrages nach MiGeL;
 - g) Leistungen gemäss Anhang 1 dieses Vertrages.
- 2) Die Tarife zur Abgeltung von Leistungen gemäss Anhang 1 Art. 2 und 3, die von einem Vertragsapotheker an eine obligatorisch krankenversicherte Person erbracht werden, sowie der Effizienzbeitrag (Anhang 2) kommen nur in Zusammenhang mit der Abgabe von Arzneimitteln gemäss Abs. 1 lit. a und c zur Anwendung (nachfolgend „LOA-pflichtige Medikamente“ bezeichnet).
- 3) Dieser Vertrag gilt für die Abgabe aller unter Ziff 1) aufgeführten Produkte und Leistungen, welche in den Räumlichkeiten der Apotheke von einem Apotheker persönlich oder unter seiner persönlichen Aufsicht an einen bestimmten Patienten oder an einen Vertreter des Patienten erfolgt. Die Leistung gemäss Artikel 5, 6, 9 und 10 Anhang 1 muss vom Apotheker persönlich erbracht werden.
- 4) Dieser Vertrag gilt nicht bei der Lieferung an andere Leistungserbringer oder Abgabestellen zwecks indirekter Abgabe an den Patienten.

C. VERTRAGSBESTANDTEILE

Artikel 7: Integrierende und nicht trennbare Bestandteile des Vertrages

Die folgenden Anhänge sind integrierender Bestandteil dieses Vertrages:

Anhang 1: Tarifstruktur

Anhang 2: Taxpunktwert und Effizienzbeitrag (EB)

Anhang 3: Abrechnungsmodalitäten

Anhang 4: Monitoring

Anhang 5: Vereinbarung über die Qualitätssicherung

Anhang 6: Beitrittsgebühren und Beiträge

Anhang 7: Paritätische Vertrauenskommission (PVK)

D. RECHTE UND PFLICHTEN

Artikel 8: Rechte und Pflichten von santésuisse

- 1) santésuisse bedient pharmaSuisse einmal jährlich mit der nach Kantonen aufgeschlüsselten Rechnungsstellerstatistik, in der Regel per Ende Juni.
- 2) santésuisse sorgt für eine permanente Zugänglichkeit der ZSR-Nummern der zur Verschreibung zugelassenen Leistungserbringer für die Vertragsapotheken.
- 3) santésuisse setzt sich mit angemessenen Massnahmen dafür ein, dass die Zielsetzungen des Vertrages gemäss Art. 2 Abs. 3 durch alle Vertragsversicherer eingehalten werden, und unterstützt diese in ihrer Kommunikation über diesen Vertrag.

Artikel 9: Rechte und Pflichten der Vertragsversicherer

- 1) Die Vertragsversicherer geben ihren Versicherten eine gegenseitig anerkannte Versichertenkarte ab, die die Identifikation der folgenden Angaben a) bis g) gemäss Punkt 2 ermöglicht.
- 2) Der Versicherungsausweis muss die folgenden Angaben in Klartext enthalten:
 - a) Name, Vorname des Versicherten;
 - b) Geburtsdatum des Versicherten;
 - c) abrechnungsrelevante Versichertennummer;
 - d) Vertragsversicherer;
 - e) verbindliche Gültigkeitsdauer (Bei elektronischen Datenträgern ist der Aufdruck der Gültigkeitsdauer fakultativ. Die Versicherer stellen sicher, dass die entsprechenden Informationen zur Verfügung stehen und von den Versicherern keine Auskunfts- und Zugriffsgebühren verrechnet werden.);
 - f) Nummer der Versichertenkarte¹;
 - g) Allfällige Zusatzversicherungen (fakultativ).
- 3) Sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 64a Ziff. 1 und 2 KVG erfüllt sind, kann der Vertragsversicherer den betreffenden Apotheker informieren, dass bei einer versicherten Person ein Leistungsaufschub besteht.
- 4) Die Vertragsversicherer orientieren ihre Versicherten periodisch über die Ausweispflicht beim Leistungsbezug.
- 5) Ist ein Vertragsversicherer mit der Auslieferung seiner Versicherungsausweise in Verzug, so gilt die alte Karte ohne Mitteilung des Versicherers bis 30 Tage nach deren formellem Ablauf.
- 6) Die Vertragsversicherer geben pharmaSuisse jeweils 3 Monate im Voraus den Zeitpunkt bekannt, wann der Apothekerschein auf einen anderen Versicherungsausweis umzustellen ist oder die Aufmachung dieses Ausweises ändert, unter Beilage eines Musters des neuen Versicherungsausweises. pharmaSuisse sorgt für die entsprechenden Informationen an die Vertragsapotheker.
- 7) Die Vertragsversicherer fördern die Integration von Vertragsapothekern in integrierte Versorgungsmodelle, insbesondere bei besonderen Versicherungsmodellen, die die Abgabe von Arzneimitteln abdecken.

¹ Ab Umsetzung von Art. 42a KVG und entsprechender Verordnungen.

Artikel 10: Rechte und Pflichten von pharmaSuisse

- 1) pharmaSuisse bedient santésuisse einmal jährlich, in der Regel per Ende Juni, mit den für diesen Vertrag relevanten Daten der „rollenden Kostenstudie Apotheke“ auf elektronischem Datenträger.
- 2) pharmaSuisse setzt sich mit angemessenen Massnahmen dafür ein, dass die Zielsetzungen des Vertrages gemäss Art. 2 Abs. 3 durch alle Vertragsapotheker eingehalten werden, und unterstützt diese in ihrer Kommunikation über diesen Vertrag.

Artikel 11: Rechte und Pflichten der Vertragsapotheker

- 1) Die Vertragsapotheker leisten an die Versicherer einen Effizienzbeitrag (EB) gemäss Anhang 2 Artikel 3).
- 2) Die Vertragsapotheker verpflichten sich, die für das Monitoring relevanten Daten gemäss Anhang 4 in anonymisierter und elektronischer Form gemäss Anhang 3, Art. 3, Abs. 2 an die gegenseitig anerkannte Datenzentrale, deren Kosten durch die Vertragsapotheker getragen werden, zu liefern.
- 3) Die Vertragsapotheker liefern dem KOF Zürich die notwendigen Daten für die "rollende Kostenstudie Apotheke" oder bezahlen pharmaSuisse einen jährlichen Unkostenbeitrag von Fr. 300.-- für die Abgeltung der vertraglichen Verpflichtung nach Art. 10 Abs. 1.
- 4) Um die Garantie der Zahlung innerhalb der vertraglichen Fristen (Tiers payant) zu haben, prüft die Vertragsapotheke vor der Abgabe die Versicherungsdeckung seiner Kunden. Unterlässt die Vertragsapotheke die Prüfung und stellt sich heraus, dass ein Leistungsaufschub durch diese Prüfung mittels Versicherungskarte vom Apotheker hätte festgestellt werden können, wird die Zahlung der Rechnung solange aufgeschoben, als der Leistungsaufschub besteht. Hätte der Apotheker mittels Versicherungskarte feststellen können, dass der Patient nicht mehr versichert war im Zeitpunkt der Abgabe, kann die Rechnung durch die Krankenversicherung abgelehnt werden.

Artikel 12: Streitigkeiten

Streitigkeiten aus diesem Vertrag werden durch die PVK gemäss Anhang 7 behandelt.

E. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

Artikel 13: Vertragsdauer

Der Tarifvertrag ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

Artikel 14: Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt, unter Vorbehalt der Genehmigung durch den Bundesrat, auf den Zeitpunkt der vom BAG gemäss Schreiben vom 6.06.2008 angekündigten Senkung des SL-Vertriebsanteils gemäss Art. 35a KLV in Kraft. Der Tarifvertrag LOA III wird bis Inkrafttreten dieses Vertrags verlängert.

Artikel 15: Kündigung

- 1) Dieser Tarifvertrag ist unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten von den Vertragsparteien (santésuisse und pharmaSuisse) jeweils auf Ende des Kalendersemesters mit eingeschriebenem Brief kündbar, erstmals per 31.12.2010.
- 2) Die Vertragsapotheker und Vertragsversicherer können unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten jeweils auf Ende des Kalenderjahres mit eingeschriebenem Brief den Rücktritt vom Vertrag erklären, erstmals per 31.12.2010.
- 3) Die Vertragsparteien informieren ihre beigetretenen Mitglieder über Änderungen und Kündigungen so rasch als möglich.

Artikel 16: Datenschutzbestimmungen

- 1) Die Vertragsparteien verpflichten sich, die einander gemäss Art. 8 Abs. 1 und Art. 10 Abs. 1 sowie im Rahmen des Monitorings gemäss Anhang 4 zur Verfügung gestellten Daten nicht für einen anderen als dem vorliegenden Vertrag zugrunde liegenden Zweck zu verwenden. Im Weiteren verpflichten sie sich, diese Daten nicht an Dritte herauszugeben, bis die rechtlichen Voraussetzungen dafür vorliegen. Diese Verpflichtung gilt für sämtliche betroffenen Mitglieder beider Vertragsparteien 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) Die Vertragsparteien 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.

Artikel 17: Vorrang der deutschen Version des Vertrages

Dieser Vertrag wird übersetzt. Bei Auslegungsfragen und Unklarheiten ist der deutsche Text massgebend.

Liebefeld, 16. März 2009

Solothurn, 10.3.2009

Der Schweizerische Apothekerverband - pharmaSuisse

Der Präsident:

Der Generalsekretär:

santésuisse - Die Schweizer Krankenversicherer

Der Präsident:

Der Direktor:

Dominique Jordan

Dr. Marcel Mesnil

Claude Ruey

Stefan Kaufmann

ANHANG 1: TARIFSTRUKTUR

Artikel 1

Die im Rahmen des KVG erbrachten pharmazeutischen Grundleistungen der Apotheker nach Art. 4a Abs. 1 lit. a, b, c und d KLV werden durch folgende Tarifpositionen abgerechnet:

a) Medikamenten-Check	4 Taxpunkte	Code: Tarif 570, Ziffer 1000.00
b) Bezugs-Check	3 Taxpunkte	Code: Tarif 570, Ziffer 1020.00
c) Notfalldienst	16 Taxpunkte	Code: Tarif 570, Ziffer 2000.00
d) Einnahmekontrolle: Einnahme in der Apotheke	10 Taxpunkte	Code: Tarif 570, Ziffer 2020.00
e) Abgabe einer fraktionierten Packung zur ambulanten Einnahme	5 Taxpunkte	Code: Tarif 570, Ziffer 2025.00
f) Substitution	20 Taxpunkte oder 40 Prozent der Preisdifferenz gemäss Artikel 8 dieses Anhangs	Code: Tarif 570, Ziffer 2030.00
g) Wochen-Dosiersystem	20 Taxpunkte	Code: Tarif 570, Ziffer 2040.00
Wochen-Dosiersystem infolge Polymedikations-Check	20 Taxpunkte	Code: Tarif 570, Ziffer 2045.00
h) Methadon-Pauschale > 5 x / Woche	Fr. 310.--	Code: Tarif 570, Ziffer 2060.00
i) Methadon-Pauschale 1 bis 5 x / Woche	Fr. 195.--	Code: Tarif 570, Ziffer 2050.00
j) Methadon-Pauschale-Kurzbehandlung > 5 x / Woche	Fr. 160.--	Code: Tarif 570, Ziffer 2080.00
k) Methadon-Pauschale-Kurzbehandlung 1 bis 5 x / Woche	Fr. 100.--	Code: Tarif 570, Ziffer 2070.00
l) Polymedikations-Check	45 Taxpunkte	Code: Tarif 570, Ziffer 2090.00

Artikel 2: Medikamenten-Check (4 TP)

1) Folgende Apotheker-Grundleistungen werden durch den Medikamenten-Check pauschal abgegolten:

- 1.1 Rezeptüberprüfung
- 1.2 Repetition: Zulässigkeitsüberprüfung
- 1.3 Überprüfung der Anwendungsdosierung und allfälliger Mengen-Limitationen innerhalb des Rezeptes
- 1.4 Interaktionskontrolle innerhalb des Rezeptes
- 1.5 Kontrolle von Risikofaktoren und Kontraindikationen (die dem Apotheker bekannt sind)
- 1.6 Kontaktnahme zum verordnenden Arzt (falls medizinisch notwendig oder vom Patienten gewünscht)
- 1.7 Missbrauchskontrolle innerhalb des Rezeptes

1.8 Beratung des Patienten:

- a) insbesondere Abklärung, ob Dosierung, Therapiedauer und optimale Einnahmezeiten bekannt sind; Vermittlung der verordneten Dosierung in schriftlicher Form
- b) Anwendungsinstruktionen: Kontrolle des Bedarfs des Patienten und entsprechende Instruktion beim Bezug
- c) Hinweis auf Behandlungsdauer mit Aufklärung
- d) Hinweis auf Gebrauchs- und Aufbewahrungsvorschriften
- e) Information des Patienten über mögliche oder zu erwartende potentielle Nebenwirkungen
- f) Abklärung von Informationsbedarf des Patienten

1.9 Wirtschaftlich optimale Wahl der an die Dosierungsvorschriften angepassten Auswahl der Packungsgrösse

1.10 Versorgung des Patienten nach Dringlichkeit, Verordnungsänderung in dringenden Fällen

- 2) Der Medikamenten-Check wird pro Rezeptzeile erhoben. Als Zeile gilt die je Spezialität und Packungsgrösse ausgewiesene Abrechnungsposition innerhalb einer Rechnung pro Abgabedatum. Wenn nicht genügend Packungen vorrätig sind am Bezugstag und die restlichen Packungen deshalb später abgegeben werden, kann die Zeile nur einmal in Rechnung gestellt werden.

Artikel 3: Bezugs-Check (3 TP)

- 1) Folgende Apotheker-Grundleistungen werden durch den Bezugs-Check pauschal abgegolten:

- 1.0 Eröffnung eines neuen Dossiers (neuer Kunde)
- 1.1 Medikationshistory
- 1.2 Führung des Patientendossiers
- 1.3 Medikamentenüberprüfung auf Kumulation nach dem Kenntnisstand der Patientensituation und unter Berücksichtigung der Selbstmedikation
- 1.4 Interaktionskontrolle innerhalb des pharmazeutischen Dossiers
- 1.5 Überprüfung allfälliger Mengen-Limitationen innerhalb des Dossiers
- 1.6 Missbrauchskontrolle innerhalb des Dossiers

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

Artikel 4: Notfalldienst (16 TP)

Durch die Tarifposition „Notfalldienst“ werden alle zusätzlichen Aufwendungen der Apotheker abgegolten, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung während dem Notfalldienst ausserhalb der ortsüblichen Öffnungszeiten gemäss Art. 4a Abs. 1 lit. b KLV ausgeführt wurden. Es gelten folgende Bedingungen:

- a) Das Medikament muss im Zusammenhang mit einem Notfall sofort für die Behandlung verfügbar sein und muss in einer offiziell pikettdienstleistenden Apotheke ausserhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten bezogen werden.
- b) Der Zeitpunkt des Bezuges ist auf dem Rezept vom Apotheker zu vermerken oder auf geeignete Weise zu dokumentieren.
- c) Dieser Zuschlag darf nur ein Mal pro Aufsuchen der Notfallapotheke verrechnet werden (und nicht pro Zeile).

Artikel 5: Einnahmekontrolle (10 TP)

- 1) Die Kontrolle bei der Einnahme eines Arzneimittels in der Apotheke muss vom Arzt auf dem Rezept explizit verordnet sein.
- 2) Durch die Tarifposition werden die zusätzlichen Aufwendungen des Apothekers gemäss Art. 4a Abs. 1 lit. d KLV bei der ärztlich angeordneten Betreuung bei der Einnahme in der Apotheke von einem oder mehreren Arzneimitteln abgegolten.
- 3) Der Medikamenten-Check darf pro Packung nur ein Mal verrechnet werden.
- 4) Die Abgeltung der Betreuung bei der Einnahme von Methadonlösung ist in Artikel 8 separat geregelt. Für alle Medikamente, die gleichzeitig mit Methadonlösung unter Kontrolle eingenommen werden, ist der Tarif für die Einnahmekontrolle bereits durch die Methadon-Pauschale abgedeckt.

Artikel 6: Abgabe einer fraktionierten Packung zur ambulanten Einnahme (5 TP)

- 1) Die Kontrolle bei der Abgabe einer fraktionierten Packung zur ambulanten Einnahme muss vom Arzt auf dem Rezept explizit verordnet sein.
- 2) Durch die Tarifposition werden die zusätzlichen Aufwendungen des Apothekers gemäss Art. 4a Abs. 1 lit. d KLV bei jedem Bezug einer oder mehrerer ärztlich angeordneten fraktionierten Packungen zur ambulanten Einnahme abgegolten.
- 3) Der Medikamenten-Check darf pro Packung nur ein Mal verrechnet werden.
- 4) Die Abgeltung der Betreuung bei der Einnahme von Methadonlösung ist in Artikel 8 separat geregelt. Für alle Medikamente, die gleichzeitig mit Methadonlösung unter Kontrolle eingenommen werden, ist der Tarif für die Einnahmekontrolle bereits durch die Methadon-Pauschale abgedeckt.

Artikel 7: Wochen-Dosiersystem (20 TP)

- 1) Diese Tarifposition kann bei ärztlich verordnetem Wochen-Dosiersystem an Patienten, welche mindestens drei unterschiedliche Arzneimittel-Spezialitäten gleichzeitig in einer Woche einnehmen müssen, maximal ein Mal pro Woche verrechnet werden.

- 2) Im Rahmen von Artikel 10: Polymedikations-Check kann diese Leistung im Einvernehmen mit dem Patienten für maximal 3 Monate auch auf Anordnung des Apothekers eingesetzt werden (anschliessend an Polymedikations-Check, d.h. maximal 2 Mal pro Jahr).
- 3) Die Kosten für das Wochen-Dosiersystem gemäss Art. 7 Anhang 1 für die Abgabe von Arzneimitteln an versicherte Personen, welche die Medikamente unter Aufsicht eines anderen Leistungserbringers einnehmen (Spital, Pflegeheim, Spitex etc.) werden nicht übernommen.

Artikel 8: Substitution

Die zusätzlichen Aufwendungen des Apothekers bei der Substitution werden wie folgt abgegolten, wobei diese je nach direkt entstandener Einsparung nicht vollständig belastet wird. Es gelten folgende Bedingungen:

- 1) Die Generika-Abgabe wird mit 20 Taxpunkten abgegolten.
- 2) Folgende Leistungen des Apothekers sind damit abgegolten:
 - Vorschlag eines Generikums und Zustimmung des Patienten gewinnen
 - Wahl des für den Patienten geeigneten Generikums
 - Vermerk der Substitution auf dem Rezept
 - Dokumentation der Substitution im Patientendossier
 - Information des Arztes
 - Dokumentation der Substitution auf der Rechnung
- 3) Massgeblich für die Abrechnung dieser Leistungen ist der Preisunterschied gemäss SL zwischen dem Originalpräparat/Generikum sowie dem abgegebenen Generikum.
- 4) Bei Preisunterschieden, die kleiner als 50 TP sind, darf der Apotheker auf der Abrechnung nicht die Pauschale nach Abs. 1 verrechnen, sondern führt eine Position „Einsparungsanteil“ auf. Die Preisdifferenz fällt zu 40% dem Apotheker zu, 60% verbleiben beim Versicherer.
- 5) Bei der Verschreibung einer Grosspackung, um die Therapie zu starten, wird der Apotheker gemäss den Regeln der „Guten Abgabepaxis“ die Therapie mit einer Kleinpackung starten. Im Falle einer generischen Substitution darf der Apotheker die Tarifposition „Einsparungsanteil“ sowohl auf der Substitution der Kleinpackung als auch der ersten abgegebenen Grosspackung verrechnen.
- 6) Die Substitution wird nur bei der erstmaligen Substitution vergütet, nicht mehr bei Repetitionen oder weiteren Abgaben des Medikamentes.
- 7) Die Substitution wird nicht verrechnet, wenn der Arzt den Wirkstoff verschreibt oder ausdrücklich die Substitution dem Apotheker delegiert (Vermerk „aut idem“ oder „aut genericum“).

Artikel 9: Methadon-Pauschalen

- 1) Bei der ärztlich angeordneten Substitutionstherapie mit Methadonlösung erfolgt die Abgeltung der Leistungen des Apothekers inklusive der Betreuung gemäss folgenden Monatsstarifen:
Betreuung bei der Einnahme erfolgt ärztlich verordnet mehr als 5 x pro Woche Fr. 310.-- pro Monat inkl. MWSt
Betreuung bei der Einnahme erfolgt ärztlich verordnet 1 bis 5 x pro Woche Fr. 195.-- pro Monat inkl. MWSt
- 2) Die obgenannten Tarifpositionen beinhalten sämtliche durch den Apotheker im Zusammenhang mit der ärztlich angeordneten Betreuung bei der Einnahme von Methadonlösung bereitgestellten Produkte und erbrachten Leistungen (insbesondere Stammlösung, verwendete Mittel und Gegenstände, Leistungen des Apothekers, Betäubungsmittel-Taxe gemäss ALT etc.). Sie darf pro Patient maximal einmal pro Monat verrechnet werden.
- 3) Bei kurzen Behandlungen gelten folgende Tarife:
Methadon-Pauschale Kurzbehandlung: Einnahme-Kontrolle = < 5 Mal pro Woche, Dauer 1 bis 15 Tage: Fr. 100.00 inkl. MWSt
Methadon-Pauschale Kurzbehandlung: Einnahme-Kontrolle > 5 Mal pro Woche, Dauer 1 bis 15 Tage: Fr. 160.00 inkl. MWSt
- 4) Die Methadon-Pauschalen resp. die Methadon-Pauschalen Kurzbehandlung gelten für Abs. 1 und 2 30 Tage resp. für Abs. 3 15 Tage ab dem ersten Bezug.

Artikel 10: Polymedikations-Check (45 TP; max. zweimal jährlich)

- 1) Für Patienten, die mindestens vier unterschiedliche Arzneimittel-Spezialitäten gleichzeitig über längere Zeit (mind. 3 Monate) auf ärztliche Verordnung einnehmen müssen, kann der Apotheker im Einvernehmen mit dem Patienten die Leistung "Polymedikations-Check" erbringen.
- 2) Die Leistung enthält folgende Elemente:
 - Der Patient wird unter Einhaltung der Diskretion gegenüber Drittpersonen über seine gesamte Medikation instruiert.
 - Zusammen mit dem Patienten wird ein schriftliches Protokoll ausgefüllt, das für jedes Medikament die Dosierung, Einnahmefrequenz und wichtige Empfehlungen enthält.
 - Motivation, Eindrücke und Schwierigkeiten des Patienten werden für jedes einzelne Medikament geprüft und festgehalten.
 - Der Patient wird über mögliche Neben- und Wechselwirkungen der Arzneimittel aufgeklärt.
 - Mit dem Patienten werden Complianceziele formuliert und im Protokoll festgehalten. Das Protokoll wird vom Patienten und vom Apotheker als Bestätigung der erbrachten Leistung unterzeichnet. Der Patient erhält eine Kopie des Protokolls,
 - Je nach Ergebnis des Gespräches hat der Apotheker im Einvernehmen mit dem Patienten die Möglichkeit, für maximal 3 Monate anschliessend ein Wochen-Dosiersystem (nach Art. 6) einzusetzen.
- 3) Polymedikations-Checks dürfen maximal jede 6 Monate, d.h. maximal zweimal pro Jahr verrechnet werden.
- 4) Diese Leistung muss durch einen Apotheker erbracht werden.

ANHANG 2: TAXPUNKTWERT UND EFFIZIENZBEITRAG

Artikel 1: Taxpunktwert

Der gesamtschweizerische Wert eines Taxpunktes beträgt Fr. 1.05 zuzüglich MWSt.

Artikel 2: Anpassung des Taxpunktwertes

- 1) Die Parteien verpflichten sich, Verhandlungen über die Anpassung des Taxpunktwertes aufzunehmen, wenn sich der Landesindex der Konsumentenpreise seit 1. Januar 2009 um mehr als **5** Prozentpunkte verändert hat.
- 2) Eine Anpassung des Taxpunktwertes kann maximal einmal jährlich erfolgen.

Artikel 3: Effizienzbeitrag (EB)

- 1) Die Vertragsapotheker leisten einen Effizienzbeitrag (EB) u. a. in Berücksichtigung von Art. 42 Abs. 2 KVG.
- 2) Der EB beträgt für 2009 2,5% und kann anschliessend maximal einmal jährlich angepasst werden (gemäss Anhang 4 Monitoring)
- 3) Der EB wird auf den LOA-pflichtigen Medikamenten gemäss Art. 6 Abs. 2, deren FAP unter CHF 880 liegt, gewährt.
- 4) Vom EB gemäss Ziffer 2 werden 2.3 Prozentpunkte den Vertragsversicherern bezahlt und 0.2 Prozentpunkte werden vom Vertragsapotheker in einen von pharmasuisse und santésuisse paritätisch geführten Fonds einbezahlt. Mit den Mitteln dieses Fonds werden paritätisch beschlossene Qualitätsprojekte (z.B. interdisziplinäre Qualitätszirkel) oder Versorgungsstudien (z.B. Compliance, neue Leistungen) finanziert. Ein entsprechendes Geschäftsreglement wird ausgearbeitet.

ANHANG 3: ABRECHNUNGSMODALITÄTEN

Artikel 1: Abgeltungssystem

- 1) Schuldner der Vergütung der Leistung ist der Versicherer (System des Tiers payant, Art. 42 Abs. 2 KVG).
- 2) Bei feststellbaren Überschreitungen der wirtschaftlichen Limitationsbestimmungen gemäss Spezialitätenliste (SL) orientiert der Apotheker den Versicherten, bei dauernder Überschreitung auch den verordnenden Arzt darüber, dass die Krankenversicherer im Normalfall diese Kosten nicht übernehmen. Der Apotheker dokumentiert seine Intervention.
Sobald der Apotheker vom Versicherer darüber informiert wurde, dass die Kosten für die Überschreitungen nicht übernommen werden, gilt der Tiers garant für die Überschreitungen und diese Leistung ist als Nichtpflichtleistung gemäss KVG zu verrechnen.

Artikel 2: Rechnungsinhalte

- 1) Die folgenden Angaben müssen bei jeder Rechnung aufgeführt werden:
 - a) Name, Vorname des Versicherten
 - b) Adresse des Versicherten (fakultativ)
 - c) Rechnungsdatum, Rechnungs-Nummer
 - d) gegebenenfalls Name des gesetzlichen Vertreters
 - e) Versichertenkarten-Nummer²
 - f) Geburtsdatum des Versicherten
 - g) Versicherungsnummer des Versicherten
 - h) Vertragsversicherer (Adresse fakultativ)
 - i) ZSR- (und EAN-Nummer (fakultativ)) bzw. Name, Adresse des verordnenden Leistungserbringers
 - j) ZSR-, EAN-Nummer, Name und Adresse der abrechnenden Apotheke
 - k) Abgabedatum pro Medikament
 - l) pro Arzneimittel dessen Handelsname, Listenbezeichnung, galenische Form, EAN-Code 13 oder Pharmacode (nur bei elektronischer Abrechnung), Preis und Menge
 - m) Tarifpositionen
 - n) Mehrwertsteuer
 - o) Effizienzbeitrag (nur für Medikamente gemäss Art. 3 Abs. 3 Anhang 2)
 - p) Repetitionscode
 - q) Die Übermittlung der Information eines aus medizinischen Gründen abgegebenen Originalpräparates erfolgt via dem aktuellen XML Standard für Apotheker 4.0 über die Bemerkungszeile auf Positionsebene mit dem Text "Code207".

² Ab Umsetzung von Art. 42a KVG und entsprechender Verordnungen

- 2) Zusätzlich zu den standardisierten Angaben gemäss Absatz 1 geben die Vertragsapotheker folgende Angaben auf der Rechnung an:
- Bei Magistralrezepturen genügt der Vermerk 'PM' (Praescriptio Magistralis). Die Zusammensetzung von Magistralrezepturen muss dem Vertragsversicherer auf Verlangen hin bekannt gegeben werden.
 - Bei Analysen werden der Vermerk 'AN' und die Codenummer der Analysenliste angegeben.
 - Bei Mitteln und Gegenständen die Identifikationsnummer nach KLV Anhang 2 gemäss Tarif 452 „MiGeL“ gemäss der Tarificodeliste des Forum Datenaustausch.

Artikel 3: Rechnungsstellung und Vergütung

- 1) Leistungserbringer und Rechnungsteller verpflichten sich, dem Vertragsversicherer, der Schuldner der Rechnung ist, die Rechnung elektronisch zu übermitteln. Falls die Rechnung systematisch nicht in elektronischer Form gesendet wird, kann der Vertragsapotheker eine Strafgebühr von Fr. 1.- pro Rechnung durch die Krankenversicherung in Rechnung gestellt werden. Ausgenommen sind Leistungsbezüge, bei denen die Prüfung der Versicherungsdeckung beim Bezug (vgl. Art 11 Abs. 4) keine gültige Deckung ergibt oder die erfolgt sind, nachdem der Vertragsversicherer den Vertragsapotheker spontan oder auf Anfrage des Vertragsapothekers über einen Leistungsaufschub orientiert hat (d.h. schriftlich, per E-Mail oder per Fax). In diesem Fall gilt der Tiers garant. Der Aufschub beginnt am Tag seiner Mitteilung. Er gilt für jene Rechnungen, die dem Versicherer während des Aufschubs zur Rückerstattung von Kosten oder zur Vergütung von Leistungen zukommen (massgebend ist das Abgabedatum). Wenn die Orientierung über einen Leistungsaufschub durch den Versicherer per gegenseitig anerkannte Versichertenkarte erfolgt, wird die Rechnung erst bezahlt, wenn der Leistungsaufschub gemäss Art. 64 a KVG aufgehoben wird. In diesem Fall bleibt aber der Versicherer Schuldner der Leistung (Tiers payant).

Die Vertragsversicherer verpflichten sich, technisch die elektronischen Rechnungen und Mahnungen der Vertragsapotheker zu empfangen und elektronisch zu bezahlen und gegebenenfalls zurückzuweisen, sofern diese dem paritätisch genehmigten Standard gemäss Forum Datenaustausch entsprechen. Erfolgt die Übermittlung nicht elektronisch nach vorgegebenem Standard oder kann eine nach vorgegebenem Standard übermittelte Rechnung technisch nicht empfangen werden, kann eine kostendeckende Bearbeitungsgebühr für die Datenkonversion erhoben werden.

- 2) Das Ausfüllen der Rechnung erfolgt gemäss den Vorgaben des Forum Datenaustausch (www.forum-datenaustausch.ch) mittels des aktuell gültigen XML-Schemas.
- 3) Für jeden Patienten ist eine gesonderte Rechnung zu erstellen, welche nur die Verordnungen eines einzigen Arztes oder Spitals betreffen.
- 4) Die Rechnung ist frühestens 1 Monat nach Beginn der Behandlung, spätestens jedoch 3 Monate nach Abschluss der Behandlung abzuschliessen und spätestens innerhalb von zwei weiteren Monaten dem Vertragsversicherer zuzustellen. Erleidet der Vertragsversicherer wegen wiederholt verspäteter Rechnungsstellung bei der Einforderung der Kostenbeteiligung des Mitglieds einen nachweisbaren Verlust, so kann die PVK (Anhang 7) auf Begehren des Vertragsversicherers einen angemessenen Abzug auf der Rechnung des Apothekers beschliessen. Bei Rechnungsstellung, die später als nach zwei Jahren erfolgt, erlischt der Anspruch des Apothekers auf Bezahlung der Rechnung durch den Vertragsversicherer.
- 5) Die Vertragsversicherer bezahlen die Rechnung des Vertragsapothekers an die Zahlungsadresse innert 30 Tagen nach Erhalt der vertragskonformen Rechnung. Erleidet der Apotheker wegen wiederholter verspäteter Zahlung einen nachweisbaren Verlust, so kann die PVK (Anhang 7) dem Versicherer auf Begehren des Apothekers eine angemessene Entschädigung auferlegen.

- 6) Eine Rechnung kann zurückgewiesen werden, wenn sie nicht dem gemäss Art. 2 und Art. 3 paritätisch anerkannten Standard entspricht, unvollständig ist oder nicht identifizierbare Angaben enthält oder ein Leistungsaufschub besteht, der vor dem Bezug bei der Deckungsabfrage ersichtlich war oder dem Apotheker schriftlich, per E-Mail oder per Fax gemeldet wurde. Die Rückweisung muss elektronisch erfolgen und muss standardisiert begründet werden. Sie hat innerhalb von 30 Tagen zu erfolgen.
- 7) Der Versicherer hat grundsätzlich das Recht, stichprobenweise die Rezepte zur Einsicht zu verlangen. Die Rezepte werden elektronisch oder in Papierform zur Verfügung gestellt. Im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung kann der Versicherer Einsicht in sämtliche Rezepte haben, die ihn betreffen.
- 8) Für die Abrechnung der Tarife, Positionen, EB, MWSt etc. erfolgt die Auf- oder Abrundung nach gültigem XML-Standard.
- 9) Die Rechnungsstellung umfasst abschliessend folgende Tarife: 400, 402, 403, 405, 410, 451, 452, 570.
 - a) Arzneimittel der SL der Listen A, B, C und D und Impfstoffe und Immunologika der SL (Art. 6 Abs. 1 Ziff. a-c): Tarife 400, 402, 403 oder 451
 - b) Magistralrezepturen nach ALT (Art. 6 Abs. 1 Ziff. d): Tarif 410
 - c) Analysen (Art. 6 Abs. 1 Ziff. e): Tarif 316
 - d) LOA-Tarife (Art. 6 Abs. 1 Ziff. g): Tarif 570
 - e) MiGeL-Produkte (Art. 6 Abs. 1, Ziff. f): Tarif 452
- 10) Die einzelnen Leistungspositionen auf der Rechnung müssen mit den definierten Leistungspositionen im Tarif abgerechnet werden (z.B. LOA-Positionen mit dem Tarif 570 und der entsprechenden Leistungs-Positions-Ziffer).
- 11) Die Rechnungsstellung darf höchstens einmal pro Monat pro Arzt erfolgen. Für Medikamente mit einem SL-Publikumspreis über SFR. 1'000.- darf die Rechnungsstellung höchstens einmal pro 15 Tage erfolgen

Artikel 4: Modalitäten der Leistungserbringung

1. Repetitionsregelung

- 1) Die wiederholte Abgabe von Arzneimitteln auf ein Rezept bezweckt die wirtschaftliche Optimierung der Behandlung unter Berücksichtigung der medizinischen und pharmazeutischen Kenntnisse. Um Therapieunterbrüche zu verhindern übernehmen die Vertragsversicherer die Kosten für die Fortführung einer ärztlich verordneten Dauertherapie mit Zustimmung des Patienten bis zum nächsten Arztbesuch, längstens aber während der Dauer eines Jahres. In jedem Fall aber bleiben die Vertragsversicherer an die gesetzliche Regelung über die Vergütung von Arzneimitteln gemäss Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG gebunden.
- 2) Die Praxis der wiederholten Abgabe ist wie folgt geregelt:
 - a) Versieht der Arzt das Arzneimittel auf dem Rezept mit einem zahlenmässigen Wiederholungsvermerk, so gibt der Apotheker in der Regel beim Erstbezug die verordnete Packungsgrösse ab, unter Berücksichtigung von Art. 4 Ziff. 2 Abs. 1 (Therapiebeginn). Die erneute Abgabe darf entsprechend der verordneten Menge oder der Normaldosierung erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Eine Wiederholung ist solange zulässig, bis die verordnete Anzahl Packungen nach Massgabe der Dosierung abgegeben worden ist.
 - b) Bringt der Arzt zum Arzneimittel auf dem Rezept einen allgemeinen Repetitionsvermerk an, so ist eine wiederholte Abgabe nach Massgabe der verordneten Tagesdosis oder der Normaldosierung während 6 Monaten oder bis zum nächsten Arztbesuch bzw. max. 1 Jahr erlaubt.

- c) Legt der Arzt für das Dauerrezept eine Gültigkeitsdauer fest, so darf diese zwölf Monate nicht überschreiten.
- d) Verschreibt der Arzt auf dem Rezept ein Medikament ohne Repetitionsvermerk, so ist eine einmalige erneute Abgabe höchstens der verordneten Packungsgrösse in begründeten Ausnahmefällen erlaubt. Der Apotheker dokumentiert den Grund der Repetition.
- e) Bei Repetitionen sind auf dem Rezept oder dem Abgabebeleg folgende Angaben auszuweisen: Verordnender Arzt, Patientenangaben, Datum des Erstbezuges, Datum der Repetition, Bezeichnung, Menge und Preis des repetierten Arzneimittels.

2. Leistungsumfang und Wirtschaftlichkeitsregelung

- 1) Bei Beginn einer Dauertherapie mit einem neuen Medikament gibt der Apotheker in der Regel zunächst eine kleine Packung ab. Für die Fortsetzung der Therapie ist jene Packungsgrösse zu wählen, die für den Versicherer am wirtschaftlichsten ist. Auch bei Dauermedikation darf die pro Mal abgegebene Menge in der Regel den Bedarf für eine dreimonatige Therapiedauer nicht übersteigen.
- 2) Bestimmt der Arzt auf dem Rezept das Arzneimittel nach Dosierung und Anwendungsdauer, so gibt der Apotheker die für den Versicherer wirtschaftlichste Packung ab. Diese wird nach Massgabe der medizinischen und pharmazeutischen Gegebenheiten ausgewählt. Die gleichen Überlegungen finden Anwendung, wenn der Arzt keine Packungsgrösse angibt.

ANHANG 4: MONITORING

- 1) Um die Entwicklung des Tarifes zu verfolgen, vereinbaren die Vertragsparteien ein gemeinsames Monitoring.
- 2) Die zu diesem Zweck benötigten Daten werden von einer Monitoring-Kommission, welche sich aus mindestens je zwei Vertretern der Verhandlungsdelegationen zusammensetzt, erarbeitet.
- 3) Zwingend werden die erbrachten Leistungen nach Anhang 1 Artikel 7, 10 und sofern technisch möglich Art. 4 Abs. 1 Anhang 3 überwacht:
 - Art. 7 Wochen-Dosiersystem:
Wenn der jährliche Umsatz ein Volumen von 10 Mio. Franken übersteigt, werden Kompensationsmechanismen vereinbart (Anpassung EB oder TPW).
 - Art. 10 Polymedikations-Check:
Das jährliche Umsatzvolumen des Polymedikations-Check beträgt max. 7 Mio. Übersteigt das Volumen diesen Betrag, wird der übersteigende Betrag kompensiert (Senkung EB, oder TPW).
- 4) Aufträge an die Monitoring-Kommission werden durch die Plenarsitzungen der Verhandlungsdelegationen erteilt.

ANHANG 5: VEREINBARUNG ÜBER DIE QUALITÄTSSICHERUNG

Artikel 1: Ingress

Mit der vorliegenden Vereinbarung setzen die Vertragsparteien die gesetzlichen Qualitätsanforderungen gemäss Art. 56, Art. 58 KVG, Art. 77 KVV sowie Art. 4a KLV um:

- 1) Die Vertragsparteien vereinbaren hiermit die Festlegung der Messindikatoren und deren Erfüllungsgrad, die Modalitäten der Durchführung, die Kontrolle der Erfüllung und die Folgen der Nicht-Erfüllung sowie die Finanzierung der Qualitätssicherung.
- 2) Die Vertragspartner bilden eine paritätische Qualitätskommission, dessen Sekretariat von pharmaSuisse geführt wird. Der Auftrag und das Kommissionsreglement dieser Qualitätskommission werden in einer Beilage zum vorliegenden Anhang festgeschrieben.
- 3) santésuisse strebt auch in Tarifverträgen mit anderen Teilnehmern am Medikamentenmarkt die vertragliche Umsetzung von Qualitätssicherungsmassnahmen an.

Artikel 2: Qualitätsprogramm und Messindikatoren

- 1) Das Qualitätsprogramm basiert auf dem System QMS Apotheke.
- 2) Alle gemäss diesem Vertrag zu messenden Indikatoren sollen im QMS-Programm enthalten sein. Bei Abschluss des Vertrages sind dies die folgenden:

Indikatorgebiet 1: Validierung des Rezeptes

- a) Identifikation des Rezeptes
- b) Evaluation der Risiken
- c) Die Entscheidung der Rezeptvalidierung
- d) Der Kommentar zum Rezept
- e) Gesprächsabschluss und weitere Betreuung
- f) Umfeldkriterien (Informatiksystem, Organisation "back office", Demonstrationsmaterial, Gebrauch von Demonstrationsmaterial)

Indikatorgebiet 2: Beurteilung der Risiken, Probleme und Fehler bei der Validierung ärztlicher Rezepte

- a) Dokumentation der Aktivitäten
- b) Patientendossiers

Indikatorgebiet 3: Generikasubstitution

- a) Organisation der Generika "back office" (Lagerbewirtschaftung)
 - b) Umsetzung der betriebsinternen Richtlinien zur Generikasubstitution
- 3) Vertragsapotheker, die dem QMS-System nicht angeschlossen sind, werden auf die in diesem Vertrag definierten Indikatoren gemäss Anhang 5 Art. 2 Abs. 2 gleich behandelt und geprüft.

Artikel 3: Anpassung der Messindikatoren

Im gegenseitigen Einvernehmen können die Vertragsparteien die Indikatoren gemäss Anhang 5 Art. 2 Abs. 2 auf Vorschlag der Qualitätskommission jederzeit anpassen oder ergänzen. Sie setzen dabei eine realistische Frist für die Inkraftsetzung der Anpassungen. Allfällige Änderungen werden durch pharmaSuisse zwingend allen Vertragsapotheken schriftlich mitgeteilt.

Artikel 4: Durchführung der Messung und Ausweis der Resultate

- 1) Bei den QMS-Apotheken erfolgt die Berichterstattung betreffend den gemessenen Indikatoren in elektronischer Form zuhanden des Sekretariates der paritätischen Qualitätskommission (Art. 1 Abs. 2) über das ordentliche QMS-Audit. Es sind zusätzlich Stichproben und Mystery shoppings möglich.
- 2) Die Qualitätskommission legt jährlich eine Gruppe von Nicht-QMS-Apotheken fest, bei welchen eine Berichterstattung der gemessenen Indikatoren zu erfolgen hat. Die Finanzierung der Datenerhebung bei Apotheken, die Mitglied von pharmaSuisse sind, wird von pharmaSuisse organisiert.

Vertragsapotheken, die Nicht-Mitglied von pharmaSuisse sind, tragen die Kosten für die bei ihnen erfolgten Datenerhebungen. Die Datenlieferung der Indikatorenmessung seitens der Nicht-QMS-Apotheken erfolgt an das Sekretariat der Qualitätskommission (Art. 1 Abs. 2). Zusätzlich kann die Qualitätskommission Mystery shoppings, Audits oder Stichproben zu Lasten der Nicht-QMS-Apotheken veranlassen.

Die gesamten jährlichen Unkosten an Nicht-QMS-Apotheken dürfen den Preis des Systems QMS-Apotheke für die betroffene Apotheken-Kategorie nicht überschreiten.

- 3) Die Ergebnisse der vereinbarten Messungen sind pro Parameter und Apotheker gegenüber dem Sekretariat der paritätischen Qualitätskommission jährlich und unaufgefordert auszuweisen.
- 4) Die Einsichtnahme durch die Mitglieder der Qualitätskommission in die Dossiers erfolgt generell in anonymisierter Form. Im für die Meldung an die PVK relevanten Einzelfall haben die Mitglieder der Qualitätskommission das Recht zur Einsichtnahme in nicht anonymisierte Datensätze.

Artikel 5: Massnahmen und Sanktionen

- 1) Bei ungenügendem Ergebnis eines Qualitätstests wird der Apotheker informiert. Er ist verpflichtet, Massnahmen zu treffen, und wird ein zweites Mal auf eigene Kosten geprüft.
- 2) Bei wiederholter Nichterfüllung der Qualitätsmassnahmen werden die betroffenen Apotheker in nicht anonymisierter Form der paritätischen Vertrauenskommission (PVK) gemeldet. Die PVK legt folgende Massnahmen fest:
 - a) Mahnung bzw. Verwarnung
 - b) Reduktion des gültigen Taxpunktwertes um 15 % pro Jahr
 - c) Ausschluss aus dem Vertrag

Artikel 6: Finanzierung

- 1) Die Qualität der Leistungen und deren Nachweis gemäss vorliegender Vereinbarung ist integraler Bestandteil der Leistung.
- 2) Die Finanzierung von weitergehenden gemeinsam vereinbarten Aufträgen wird fallweise geregelt.
- 3) Die Kosten für übergeordnete Auswertungen wie beispielsweise Datenauswertungen werden zwischen den Vertragsparteien hälftig aufgeteilt.

ANHANG 6: BEITRITTSGEBÜHREN UND BEITRÄGE

Artikel 1: Mitglieder

Für die Unkosten des Vertragsabschlusses werden beim Vertragsbeitritt durch die Mitglieder von pharmaSuisse gemäss Art. 4 lit. a des Vertrags einmal CHF 500.-- inkl. MWSt und für die Durchführung des Vertrags zusätzlich CHF 350.- inkl. MWSt pro Jahr von pharmaSuisse in Rechnung gestellt.

Der Vertragsbeitritt für die Mitglieder von santésuisse ist im Mitgliederbeitrag an santésuisse abgedeckt.

Artikel 2: Nichtmitglieder

1) Nicht-Mitglieder können dem Vertrag gemäss Art. 46 Abs. 2 KVG ebenfalls beitreten und haben folgende Beiträge zu entrichten:

- a) für die Unkosten beim Vertragsabschluss eine einmalige Beitrittsgebühr von CHF 3'000.-- inkl. MWSt, welche bei Neugründungen, Besitzerwechseln oder Wiedereintritten fällig wird.
- b) für die Durchführung des Vertrags zusätzlich eine jährlich fällige Unkostengebühr von CHF 1'500.-- inkl. MWSt.
- c) einen jährlichen Beitrag von CHF 150.-- inkl. MWSt an die Kosten der Qualitätsprüfung. Zusätzliche Kosten der Qualitätsprüfung (Audits und Stichproben) werden gemäss Anhang 5 in Rechnung gestellt.

2) Die Höhe der Unkostengebühr kann jährlich überprüft und gegebenenfalls angepasst werden, erstmals auf Januar 2010.

Artikel 3: Rechnungsstellung und Zahlungsfristen

Die Rechnungsstellung für die Beiträge gemäss Art. 2 erfolgt durch santésuisse auf ein gemeinsames santésuisse/pharmaSuisse Konto. Die Zahlungsfrist beträgt jeweils 30 Tage.

- a) Die Unkostengebühren werden jeweils im Oktober für das Folgejahr erhoben.
- b) Für neu dem Vertrag beitretende Nicht-Mitglieder wird die Beitrittsgebühr sofort erhoben.

Artikel 4: Kontomodalitäten

Die Zahlungseingänge werden dem gemeinsamen Konto santésuisse/pharmaSuisse, das von santésuisse geführt wird, gutgeschrieben. santésuisse erstellt von diesem Konto einmal jährlich im Januar eine Abrechnung über die eingegangenen Zahlungen und informiert pharmaSuisse darüber. Das Konto wird jährlich im Februar ausgeglichen und die Erträge nach Abzug durch santésuisse paritätisch an beide Partner verteilt.

Artikel 5: Sanktionen

Apotheker, die Nicht-Mitglied von pharmaSuisse sind, welche die Beiträge nicht bezahlt haben, verlieren das Recht, den Versicherern ihre Medikamente und Leistungen auf Basis dieses Vertrages im System des Tiers payant in Rechnung zu stellen. santésuisse verpflichtet sich, ihre Mitglieder laufend darüber zu informieren.

ANHANG 7: VEREINBARUNG ÜBER DIE PARITÄTISCHE VERTRAUENSKOMMISSION

a) Ingress

- 1) Die Vertragsparteien überwachen die Einhaltung dieses Vertrages. Für den Fall von Streitigkeiten bestellen sie eine Paritätische Vertrauenskommission. Diese beurteilt vorgängig dem Schiedsgericht (Art. 89 KVG) alle Streitigkeiten zwischen Vertragsapothekern und Vertragsversicherern aus diesem Vertrag. Darunter fallen insbesondere auch Verstösse eines Vertragsapothekers gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit und die Qualitätsanforderungen, verspätete Zahlungen der Versicherer oder das Nichteinhalten der Vertragsziele. Die PVK entscheidet innerhalb von 90 Tagen nach Eingang.
- 2) Die PVK strebt eine gütliche Einigung unter den Parteien an und unterbreitet deshalb Schlichtungsvorschläge. Eine Nicht-Einigung wird protokolliert und den Parteien mitgeteilt, mit Verweis auf die Klagemöglichkeit gemäss KVG.
- 3) Die PVK respektiert bei ihren Entscheiden die Verhältnismässigkeit und Zweckmässigkeit. Sie kann neben Schlichtungsvorschlägen folgende Sanktionen aussprechen:
 - Verwarnungen
 - Verzugszinsen
 - Bussen
 - oder weitere Massnahmen vorsehen
- 4) Die PVK legt je Verfahren Kosten bis maximal CHF 500.-- exkl. MWSt fest. Die Verfahrenskosten werden der unterlegenen Partei auferlegt.
- 5) Bei schweren und systematischen Verletzungen von wesentlichen Elementen dieses Vertrages (Generelle Zielsetzungen, Qualität, Datenübermittlung, Zahlungsfrist etc.) sind folgende Sanktionen möglich:
 - Ausschluss vom Vertrag
 - Änderungen des Taxpunktwertes
 - Änderungen des EB

b) Geschäftsreglement

1. Zusammensetzung und Stellvertretung

- 1) Die Kommission besteht aus sechs Mitgliedern. Drei Mitglieder werden von pharmaSuisse, drei von santésuisse bestimmt. Dabei ist auf eine ausgewogene Verteilung der Sprachregionen zu achten.
- 2) Die Vertragsparteien bezeichnen für ihre Mitglieder in der Kommission Stellvertreter. Die Bestimmungen über Amtsdauern obliegen den Vertragsparteien.
- 3) Die Vertragsparteien wählen jährlich den Vorsitzenden, der das gleiche Stimmrecht wie die übrigen Mitglieder besitzt.

2. Schlichtungsvorschläge der Kommission

Die Schlichtungsvorschläge der Kommission müssen unter den anwesenden Mitgliedern einstimmig gefällt werden. Eine Beschlussfassung auf dem Zirkulationsweg (inkl. elektronisch) ist möglich.

3. Verhandlungsgegenstand und Vorgehen

- 1) Beschwerden sind dem Sekretariat der PVK im Doppel mit Begründung, Beweismittel und Antrag einzureichen. Das Sekretariat fordert die Gegenpartei zu einer Stellungnahme innert 20 Tagen auf.
- 2) Erachtet der Vorsitzende die Beschwerde als offensichtlich unbegründet, beantragt er den PVK-Mitgliedern, darauf nicht einzutreten. Ein diesbezüglicher Entscheid kann auch auf dem Zirkulationsweg (inkl. elektronisch) erfolgen.

4. Stellungnahme der Gegenpartei

- 1) Die Gegenpartei hat ihre Stellungnahme schriftlich und mit Begründung versehen einzureichen.
- 2) Die PVK kann in Ausnahmefällen die Parteien anhören.

5. Verfahren

- 1) Liegen die Akten vollständig vor, legt das Sekretariat sobald als möglich einen Sitzungstermin fest. Die Sitzungen werden protokolliert.
- 2) Die PVK-Mitglieder können - unter Wahrung der Geheimhaltungspflicht - die notwendigen, anonymisierten Daten beider Vertragsparteien bei der Monitoring-Kommission anfordern.
- 3) Entscheide auf dem Zirkulationsweg (inkl. elektronisch) sind möglich.

6. Entscheid

- 1) Die Kommission entscheidet in freier Beweiswürdigung unter Berücksichtigung aller ihr vorgelegten Tatsachen.
- 2) Der Schlichtungsvorschlag wird den Konfliktparteien mit kurzer Begründung und mit dem Hinweis auf die Beschwerdemöglichkeit innert 30 Tagen gemäss Artikel 89 KVG schriftlich eröffnet. Dabei ist auf die Landessprache des betroffenen Mitgliedes Rücksicht zu nehmen.

7. Verfahren bei Versäumnis

- 1) Die PVK beschliesst aufgrund der Aktenlage, wenn das betroffene Vertragsmitglied binnen der gesetzten Frist keine Stellungnahme einreicht.
- 2) Bei genügender Begründung einer Verspätung kann dem betroffenen Mitglied eine Nachfrist von maximal 10 Tagen durch den Vorsitzenden eingeräumt werden.

8. Korrespondenz

Die Mitteilung des Schlichtungsvorschlages an die Parteien erfolgt durch eingeschriebenen Brief.

9. Sekretariat, Kosten

- 1) Das Sekretariat wird von santésuisse geführt. Die Aufwendungen der Sekretariatsführung werden abgegolten. santésuisse stellt jeweils per Ende Jahr entsprechende Rechnung.
- 2) Die Entschädigung ihrer Delegierten ist Sache der Vertragsparteien.

.