

Tarifstruktur-Vertrag LOA IV/1

vom 1. Januar 2016

betreffend

Tarifstruktur für Apothekerleistungen (LOA IV/1) (Art. 43 Abs. 5 KVG)

zwischen den Tarifpartnern

- a) **Schweizerischer Apothekerverband (pharmaSuisse),**
Stationsstrasse 12, 3097 Bern-Liebefeld,

pharmaSuisse

- b) **santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer,**
Römerstrasse 20, 4502 Solothurn,

santésuisse

und

- c) **curafutura – Die innovativen Krankenversicherer,**
Gutenbergstrasse 14, 3011 Bern,

curafutura

Ingress

¹ santésuisse und pharmaSuisse haben am 10/16. März 2009 einen Vertrag über die leistungsorientierte Abgeltung (LOA IV) abgeschlossen. Der damalige Vertrag enthielt sowohl Struktur- und Qualitätselemente als auch Tarif-, Abrechnungs- und Monitoringmodalitäten.

² LOA IV wird durch mehrere neue Vereinbarungen ersetzt. Gleichzeitig mit dem vorliegenden Tarifstrukturvertrag gemäss Art. 43 Abs. 5 KVG unterzeichnen die Tarifpartner einen Tarifvertrag gemäss Art. 46 KVG. LOA IV wird mit Unterzeichnung des vorliegenden Tarifstruktur-Vertrags per 31. Dezember 2015 aufgehoben.

³ Die Vertragspartner beabsichtigen, die Abgeltung des Vertriebs und der Dienstleistungen neu zu regeln sobald die nötigen gesetzlichen Voraussetzungen gegeben sind. Diese Neuregelungen (LOA V) werden unter anderem den vorliegenden Vertrag ersetzen.

Art. 1 Tarifstruktur

Die vorgenannten drei Tarifpartner vereinbaren für Apotheker-Leistungen gemäss KVG die im Anhang A definierte Tarifstruktur.

Art. 2 Geltungsbereich

¹ Der Tarifstrukturvertrag gilt auf dem Gebiet der ganzen Schweiz.

² Die Tarifstruktur ist anwendbar für Apotheker-Leistungen gemäss dem Krankenversicherungsgesetz (KVG).

Art. 3 Allgemeine Zielsetzung

¹ 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.

² Die Vertragsparteien vertreten die Zielsetzungen und die Umsetzung des vorliegenden Tarifstrukturvertrages in der Öffentlichkeit und sprechen ihre diesbezüglichen Aussagen im Interesse einer offenen und kohärenten Information möglichst im Voraus ab. Die Vertragsparteien 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. 4 Inkrafttreten, Dauer und Kündigung

¹ Die Tarifstruktur tritt – vorbehältlich der Genehmigung durch den Bundesrat gemäss Art. 43 Abs. 5 KVG – per 1. Januar 2016 in Kraft.

² Die Tarifstruktur wird für eine unbefristete Dauer vereinbart.

³ Die Tarifstruktur kann von jedem Tarifpartner mit einer Frist von 6 Monaten per Ende Jahr, erstmals per 31. Dezember 2016 gekündigt werden. Erfolgt die Kündigung durch einen einzigen Versichererverband, verpflichten sich alle Vertragspartner, unverzüglich neue Verhandlungen aufzunehmen. Kommt innerhalb der Kündigungsfrist keine Einigung zustande, so bleibt der vorliegende Vertrag bis zum Zustandekommen eines neuen Vertrages, höchstens aber für die Dauer eines weiteren Jahres, in Kraft. Die Kündigung ist den anderen Tarifpartnern schriftlich zuzustellen und das Bundesamt für Gesundheit ist angemessen zu informieren.

Art. 5 Qualitätsvereinbarung

Gestützt auf Art. 58 KVG Art. 59 Abs. 3 lit. c KVG und Art. 77 KVV schliessen die Parteien eine gesamtschweizerisch geltende Qualitätsvereinbarung ab (Anhang B). Diese gilt für sämtliche gemäss Art. 2 Abs. 2 hiervoor erbrachten Leistungen.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and the number 2.

Art. 6 Qualitäts- und Forschungsfonds

Die Parteien pflegen einen Qualitäts- und Forschungsfonds (vgl. Anhang C). Mit den Mitteln dieses Fonds werden paritätisch beschlossene Qualitätsprojekte (z.B. interdisziplinäre Qualitätszirkel) oder Versorgungsstudien (z.B. Compliance, neue Leistungen) finanziert.

Art. 7 Vertragsbestandteil

Als integrierter Bestandteil dieser Vereinbarung gelten:

- Anhang A Tarifstruktur
- Anhang B Vereinbarung über die Qualitätssicherung
- Anhang C Reglement des Qualitäts- und Forschungsfonds

Art. 8 Schlussbestimmungen

¹ Dieser Vertrag wird in 4-facher Ausführung ausgefertigt und unterzeichnet. Jeweils ein Vertragsexemplar ist für den Bundesrat und für die Tarifpartner bestimmt.

² Dieser Vertrag samt Anhängen wird auf Französisch übersetzt. Als rechtlich massgebend gilt einzig der deutsche Vertragstext.

³ pharmaSuisse übernimmt die Durchführung des Genehmigungsverfahrens beim Bundesrat. Zuvor führt pharmaSuisse nach Unterzeichnung dieses Struktur-Vertrags eine Anhörung der Patientenorganisationen durch, informiert die Partner über die entsprechenden Resultate und stellt anschliessend den Abschluss des Struktur-Vertrags fest (Art. 43 Abs. 4 KVG).

⁴ Weder die Tarifpartner insgesamt, noch die Versichererverbände unter sich, bilden gestützt auf die vorliegende Vereinbarung eine einfache Gesellschaft.

* * * * *

Qualitäts- und
Forschungsfonds
am 11.11.11
3

Bern-Liebefeld, den 1. Juli 15

pharmaSuisse



Fabian Vaucher
Präsident



PD Dr. Marcel Mesnil
Generalsekretär

Solothurn, den 6.7.2015

santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer



Heinz Brand
Präsident



Verena Nold
Direktorin

Bern, den 30. Juni 2015

curafutura – Die innovativen Krankenversicherer



Dr. Ignazio Cassis
Präsident



Pius Zängerle
Direktor

ANHANG A: TARIFSTRUKTUR

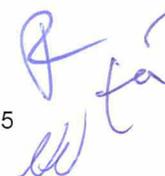
Artikel 1

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)

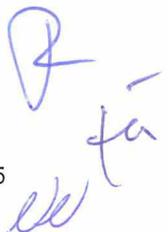
- 1) Folgende Apotheker-Grundleistungen werden durch den Medikamenten-Check pauschal abgegolten:
 - 1.1 Rezeptüberprüfung
 - 1.2 Repetition: Zulässigkeitsüberprüfung
 - 1.3 Überprüfung der Anwendungsdosierung und allfälliger Mengen-Limitationen innerhalb des Rezeptes
 - 1.4 Interaktionskontrolle innerhalb 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 9 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 bis ein Mal pro Tag 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 9 separat geregelt.

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 (exkl. Fertigarzneimittel)

- 1) Bei der ärztlich angeordneten Substitutionstherapie mit Methadonlösung erfolgt die Abgeltung der Leistungen des Apothekers inklusive der Betreuung gemäss folgenden Monatstarifen:
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-Steuer 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. 160.00 inkl. MWSt
Methadon-Pauschale Kurzbehandlung: Einnahme-Kontrolle = < 5 Mal pro Woche, Dauer 1 bis 15 Tage: Fr. 100.00 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 mit systemischer Wirkung gleichzeitig über längere Zeit (mind. 3 Monate) auf ärztliche Verordnung anwenden 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. 7) 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 B: 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 und curafutura streben auch in Tarifverträgen mit anderen Teilnehmern am Medikamentenmarkt die vertragliche Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen an.

Artikel 2: Qualitätsprogramm und Messindikatoren

- 1) Die gemäss diesem Vertrag zu messenden Indikatoren sind 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

- 2) Alle Vertragsapotheker werden auf die in diesem Vertrag definierten Indikatoren gemäss diesem Artikel gleich behandelt und geprüft.

Artikel 3: Anpassung der Messindikatoren

Im gegenseitigen Einvernehmen können die Vertragsparteien die Indikatoren gemäss Artikel 2, vorgenannt, 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 allen Apotheken, die im Rahmen ihres QMS die unter Artikel 2, vorgenannt, definierten Indikatoren prüfen lassen, erfolgt die Berichterstattung betreffend den gemessenen Indikatoren in elektronischer Form zuhanden des Sekretariates der paritätischen Qualitätskommission (Art. 1 Abs. 2). Zusätzlich kann die Qualitätskommission Stichproben und/ oder Mystery shoppings zulasten der Apotheken veranlassen.

2) Die Qualitätskommission legt jährlich eine Gruppe von 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.

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 kann den Versichererverbänden und den Versicherern empfehlen, vor dem Schiedsgericht Sanktionen gemäss Art. 59 KVG zu beantragen.

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 Versichererverbänden und pharmaSuisse hälftig aufgeteilt.

Anhang C REGLEMENT DES QUALITÄTS- UND FORSCHUNGSFONDS LOA IV/1

1. Allgemeines

- 1.1 Dieses Reglement stützt sich auf Art. 6 des Tarifstrukturvertrags vom 1. Januar 2016 ab und regelt die Pflichten und Rechte der Vertragsparteien
- 1.2 Die Tarifpartner stellen fest, dass sie mit dem vorliegenden Reglement den Fonds, welcher auf Grundlage von LOA IV geäufnet und gepflegt wurde, weiterführen. santésuisse hat ihre Stellung betreffend LOA IV an tarifsuisse ag mittels publizierter Vermögensübertragung abgetreten. Die Tarifpartner halten fest, dass mit Inkrafttreten des Tarifstrukturvertrags LOA IV/1 tarifsuisse ag die Übertragung ihrer Rechte und Pflichten betreffend den "paritätischen Fonds LOA IV" an santésuisse und curafutura zugesichert hat. pharmaSuisse, curafutura und santésuisse entlasten hiermit tarifsuisse ag von sämtlichen Verpflichtungen betreffend LOA IV und führen den "paritätischen Fonds LOA IV" gemeinsam unter der Bezeichnung "Qualitäts- und Forschungsfonds" weiter.

2. Verwendung des Qualitäts- und Forschungsfonds

- 2.1 Der Fonds wird zur Finanzierung 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, die die gleichen Zwecke verfolgen, bestimmt.
- 2.2 Der Fonds dient zur Finanzierung von:
 - paritätisch anerkannten Qualitätszirkeln von Ärzten und Apothekern
 - Pilotversuchen zur Evaluierung neuer pharmazeutischer Leistungen oder neuer Formen der Zusammenarbeit (z.Bsp. Interprofessionelle Pilotprojekte)
 - ökonomischen Studien im pharmazeutischen Bereich
 - im allgemeinen Interesse erbrachten Leistungen, die nicht den Patienten verrechnet werden können usw.
 - Studien oder Programme zur Qualitätsprüfung oder Qualitätssicherung im Bereich der Aus- und Weiterbildung
- 2.3 Bestehende Beträge, die nicht verwendet wurden, werden unter Berücksichtigung bestehender Verbindlichkeiten (Ziff. 6.2 des Reglements) zu Gunsten der Prämienzahler zur Verfügung gestellt.

3. Verwaltung des Qualitäts- und Forschungsfonds

- 3.1 Die Auswahl der vom Fonds finanzierten Aufgaben und Projekte wird der Verwaltungskommission des Fonds (VKF), die aus je vier Mitgliedern seitens Versicherer (je zwei curafutura und santésuisse), sowie seitens Apotheker besteht, übertragen. Die drei Parteien haben ungeachtet der Anzahl jeweils anwesender Vertreter jeweils eine gemeinsame Stimme, wobei diejenige von pharmaSuisse doppelt zählt. Für diese (faktisch) vier Stimmen gilt das einfache Mehr. Die Kosten der VKF inkl. Sitzungsprotokollierung werden von den Mitgliedern selber getragen.

- 3.2 Anträge zur Finanzierung haben ausschliesslich über einen der Vertragspartner, namentlich santésuisse, curafutura oder pharmasuisse zu erfolgen. Die eingereichten Unterlagen werden über ein von den Vertragspartnern definiertes Sekretariat (Ziff. 3.6) allen Mitgliedern der Verwaltungskommission umgehend zur Einsicht zugestellt. Die Mitglieder der Verwaltungskommission haben gemäss geltendem Prozess in einem ersten Schritt zu beurteilen, ob der Antrag den Kriterien entspricht und eine mögliche Finanzierung(sunterstützung) grundsätzlich in Frage kommt (formaler Entscheid). Innert 14 Tagen erfolgt über das Sekretariat gemäss Prozessablauf zum formalen Entscheid eine erste Rückmeldung an den Antragsteller.
- 3.3 Der Entscheidungsprozess ist wie folgt geregelt:
Bei positivem formalen Entscheid des Finanzierungsantrags beurteilen die Mitglieder der Verwaltungskommission den eingegangenen Antrag im Detail und fällen gemäss Prozess in Abbildung 1 innert 30 – 60 Tagen einen entsprechenden Entscheid, welcher dem Antragssteller innert dieser Frist zurück gemeldet wird. Der Entscheid kann an einer Sitzung oder auf Zirkularweg erfolgen und wird inkl. den entsprechenden Grundlagen mit einem standardisierten Formular festgehalten. Sind Rückfragen notwendig oder sind weitere Unterlagen einzufordern, damit ein Entscheid gefällt werden kann, so werden diese innert weiteren maximal 30 Tagen nach Eingang der nachgeforderten Unterlagen und Antworten beurteilt. Erneute Fragen sind möglich, sofern sie die bereits zusätzlich eingeforderten Informationen betreffen. Diese sind gemäss Prozess innert 15 Tagen nach Erhalt zu beurteilen.

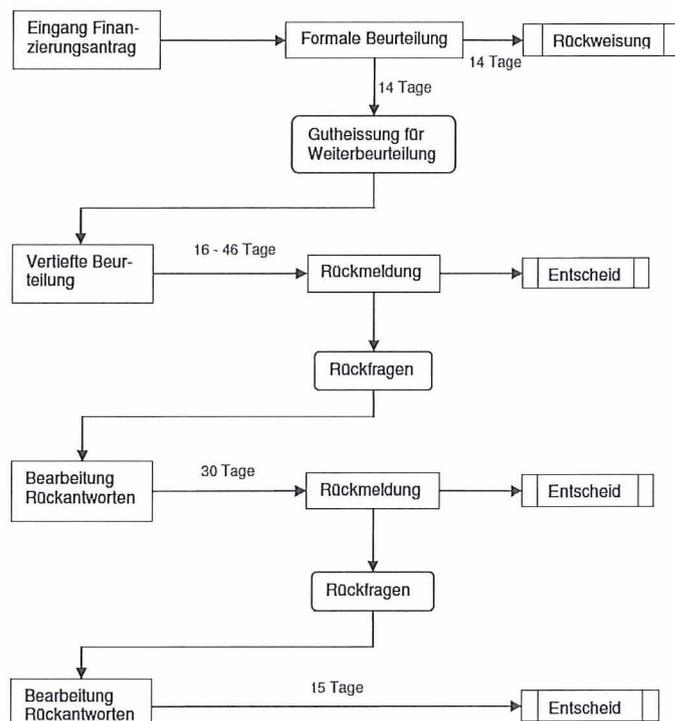


Abbildung 1: Entscheidungsprozess

- 3.4 Wenn innerhalb der VKF kein Beschluss zu Stande kommt oder die im Prozess definierten Fristen nicht eingehalten werden können, wird die Verwaltungskommission auf Antrag von mindestens 2 Kommissionsmitgliedern eine Beurteilung und ein entsprechender Entscheid von der nächst höheren Instanz einfordern, namentlich der Plenarsitzung. Die Plenarsitzung besteht aus Vertretern von curafutura und

santésuisse sowie aus Vertretern von pharmaSuisse. Die Vertreter von pharmaSuisse haben eine gemeinsame Stimme und die Versicherervertreter haben eine gemeinsame Stimme. Für einen Entscheid ist Einstimmigkeit notwendig. Besteht jeweils keine interne Einigung, kann kein Entscheid gefällt werden.

- 3.5 Die Verwaltung 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.
- 3.6 Die Führung des Sekretariats wird in gegenseitigem Einvernehmen durch einen der Vertragspartner übernommen. Das Sekretariat übernimmt allgemeine administrative Aufgaben gemäss Ziff. 3.2 f., namentlich die Weiterleitung eingereichter Unterlagen an die Mitglieder der Verwaltungskommission, Rückmeldung an die Antragsteller gemäss Prozessablauf zum formalen Entscheid sowie weitere zusätzliche administrative Arbeiten u.a. 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 zzgl. MWSt.). Der für das Sekretariat zuständige Vertragspartner erstellt hierzu jährlich eine nach Aufwand aufgelistete detaillierte Rechnung, welche der VKF zur Genehmigung vorgelegt werden muss.

4. Datenlieferung und Inkasso

- 4.1 Die Apotheker verpflichten sich, mit der Anwendung der Tarifstruktur LOAIV/1 den festgelegten Anteil des Effizienzbeitrags zu überweisen. In der Beitrittserklärung des auf der Struktur basierenden Tarifvertrags wird festgehalten, dass es sich dabei für die Beträge um eine Schuldanererkennung handelt.
Je nach Kontostand des paritätisch geführten Qualitäts- und Forschungsfonds kann die Alimentierung aufgehoben oder wieder aufgenommen werden. Der Entscheid betreffend Alimentierung erfolgt gestützt auf den anwendbaren Tarifvertrag. Die Verwaltungskommission 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 oder mehrerer Kalenderjahre.
- 4.2 Durch die Anwendung der LOAIV/1-Struktur verpflichten sich die Apotheker auch, ihre Fakturierungsdaten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung an die paritätisch anerkannte Datenbank Medicpool zu liefern.
- 4.3 Die EDV-Systeme der betroffenen Apotheker müssen in der Lage sein, diese Daten an die Datenzentrale MedicPool zu liefern. Alternativ kann der Apotheker das Zustellen der Daten an MedicPool über andere Datenzentralen erledigen lassen.
- 4.4 Die Daten gemäss Ziff. 4.3 dieses Reglements werden ausschliesslich für die vertraglichen Zwecke, insbesondere darunter die Berechnung des Fondsbeitrages, verwendet.
- 4.5 In regelmässigen Abständen (mindestens ein Mal pro Jahr, vorzugsweise aber jedes Semester oder jedes Quartal) erfolgt die Rechnungsstellung an die Vertragsapotheker.

5. Sanktionsverfahren

- 5.1 Wenn eine Apotheke, die dem Vertrag beigetreten ist, keine oder fehlerhafte Daten an die Zentrale übermittelt, liefern die Versicherer die entsprechenden Daten der betroffenen Apotheke für die massgebende Periode an die paritätische Vertrauenskommission (PVK), damit diese den von der Apotheke geschuldeten Betrag festlegen kann. Der Betrag wird um die Gesamtheit der wegen Nichteinhaltung des Vertrages entstandenen Kosten und allfällige in der Kompetenz der PVK verhängten Sanktionen erhöht und dem Leistungserbringer von der VKF in Rechnung gestellt.
- 5.2 Wenn eine Apotheke keine oder fehlerhafte Daten an die Zentrale übermittelt oder den Beitrag an den Qualitäts- und Forschungsfonds nicht bezahlt, entscheidet die VKF innerhalb von drei Monaten auf Grund sachlicher Kriterien, in welchen Fällen ein Sanktionsverfahren wegen Nichteinhaltung oder Nichterfüllung von Vertragsbestimmungen eröffnet werden sollte.
- 5.3 Zusammen mit einem Antrag übermittelt die VKF sämtliche relevanten Unterlagen und Beweismittel zwecks allfälliger Durchführung eines Sanktionsverfahrens an santésuisse und curafutura.
- 5.4 santésuisse und curafutura entscheiden nach Prüfung der Unterlagen je frei darüber, ob ein Sanktionsverfahren vor Schiedsgericht eingeleitet werden soll und ein externer Rechtsvertreter beigezogen werden soll.
- 5.5 Leitet santésuisse ein Sanktionsverfahren gemäss Art. 59 KVG ein, trägt pharmaSuisse die Hälfte der entstehenden, externen Kosten (Gerichtskosten, allfällige Parteientschädigung an die Gegenpartei und Honorar des externen Anwalts). Wurde durch santésuisse kein externer Rechtsanwalt beigezogen, bezahlt pharmaSuisse an santésuisse eine pauschale Umtriebsentschädigung in der Höhe von maximal CHF 2'000 pro Fall. Den Rest der Kosten übernimmt santésuisse.
- 5.6 Leitet curafutura ein Sanktionsverfahren gemäss Art. 59 KVG ein, trägt pharmaSuisse die Hälfte der entstehenden, externen Kosten (Gerichtskosten, allfällige Parteientschädigung an die Gegenpartei und Honorar des externen Anwalts). Wurde durch curafutura kein externer Rechtsanwalt beigezogen, bezahlt pharmaSuisse an curafutura eine pauschale Umtriebsentschädigung in der Höhe von maximal CHF 2'000 pro Fall. Den Rest der Kosten übernimmt curafutura.
- 5.7 Sollte es sich ergeben, dass das Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG nicht zuständig ist für die Beurteilung des Sachverhalts, so entscheiden santésuisse, curafutura und pharmaSuisse gemeinsam, ob ein entsprechendes privatrechtliches Verfahren einzuleiten ist oder welche weiteren Massnahmen getroffen werden.

6. Auflösung des Qualitäts- und Forschungsfonds

- 6.1 Wenn der Fonds aufgelöst oder beendet wird, werden alle bereits paritätisch bewilligten Projekte durch den Fonds gemäss Entscheid finanziert. Die Zahlungen werden eingestellt, sobald der Fonds in der Zwischenzeit erschöpft ist (eine Verschuldung ist nicht zulässig).
- 6.2 Der nach Realisierung aller paritätisch beschlossenen Projekte verbleibende Betrag steht nach Abzug aller direkten und indirekten Kosten im Zusammenhang mit der Betreuung und der Auflösung des Fonds paritätisch den Versicherern und pharmaSuisse gemäss Ziff. 2.3 den Prämienzahler zur Verfügung.