Liechtensteinischer Krankenkassenverband

Apothekerverein DES FÜRSTENTUMS LIECHTENSTEIN

Tarifvertrag

vom 10. Dezember 2019

zwischen dem

Apothekerverein des Fürstentums Liechtenstein (AVFL), 9494 Schaan

nachfolgend: **Leistungserbringer / AVFL**

und dem

Liechtensteinischen Krankenkassenverband (LKV), 9494 Schaan

nachfolgend: **Krankenversicherer / LKV**

Die Vertragsparteien schliessen gestützt auf Art. 16c des Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG), LGBl. 1971 Nr. 50idgF, nachstehenden Vertrag.

Präambel

Die Apotheker im Fürstentum Liechtenstein können gemäss Mitteilung der pharmasuisse nicht Mitglied der LOA Vereinbarungen in der Schweiz werden, da diese Vereinbarungen gemäss Gesetz und Verträgen nur auf das Staatsgebiet der Schweizerischen Eidgenossenschaft Anwendung finden.

Der AVFL und der LKV vereinbaren deshalb wie folgt:

Art. 1 Persönlicher Geltungsbereich

Dieser Tarifvertrag gilt für

a) die dem Vertrag angeschlossenen Apotheken;

b) die in Liechtenstein zugelassenen Krankenversicherer;

c) für Personen, die bei einem dem LKV angeschlossenen Versicherer obligatorisch gemäss KVG versichert sind oder gemäss internationalen Abkommen Anspruch auf eine Vergütung gemäss KVG haben;

d) den LKV, Schaan, und den AVFL, Schaan, soweit sie gemäss diesem Vertrag ausdrücklich Rechte und Pflichten für sich selbst übernehmen.

Art. 2 Sachlicher Geltungsbereich

Dieser Vertrag regelt die Vergütung der Leistungen der Apotheken gemäss Art. 13 Abs. 1 lit a) KVG in Verbindung mit Art. 52a KVV.

Der sachliche Geltungsbereich erstreckt sich insbesondere auf:

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) Arzneimittel, die aufgrund von Art. 52b, 52c, 52d und 53 KVV von den Bestimmungen der SL abweichend vergütet werden;

e) Magistalrezepturen, d.h. Rezepturen nach Arzneimittelliste mit Tarif (ALT), die ein Apotheker in seiner Offizin herstellt;

f) Analysen, welche die Leistungserbringer gemäss Analysenliste erstellen dürfen;

g) Mittel und Gegenstände, maximal innerhalb des Höchstbetrages gemäss Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL);

h) Leistungen gemäss der anwendbaren Tarifstruktur (Art. 9).

Art. 3 Vertragsbeitritt und –rücktritt der Leistungserbringer

Als angeschlossene Apotheken gemäss Art. 1 dieses Vertrags gelten Apotheken, die einen OKP-Vertrag gemäss Art. 16d KVG mit dem Liechtensteinischen Krankenkassenverband abgeschlossen haben.

Art. 4 AVFL-Nichtmitglieder

4.1 Leistungserbringer, die nicht Mitglied des AVFL sind, haben beim Beitritt zum Vertrag eine einmalige Beitrittsgebühr von CHF 1'000.00 und eine jährliche Gebühr von CHF 500.00 an den AVFL zu entrichten. Die einmalige Gebühr wird beim Beitritt, die Unkostenbeteiligung am Anfang jedes Leistungsjahres fällig. Der AVFL kann diese Gebühren direkt in eigenem Namen gegenüber dem Leistungserbringer geltend machen.

4.2 Der LKV hat dem AVFL zur Überwachung dieser Gebühren, Vertragsabschlüsse und Kündigungen gemäss Art. 16d mit Leistungserbringern, welche unter diesen Tarifvertrag fallen, zu melden.

4.3 Bis Ende Januar jedes Jahres stellt der AVFL dem LKV die Mitgliederliste der am 31.12. angeschlossenen Apotheken zu.

Art. 5 Leistungsumfang und Wirtschaftlichkeitsregelung

5.1 Bei Beginn einer Dauertherapie mit einem neuen Medikament gibt der zugelassene 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 3-monatige Therapie nicht übersteigen.

5.2 Bestimmt der Arzt auf Verordnung das Arzneimittel nach Dosierung und Anwendungsdauer so gibt der zugelassene 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.

Art. 6 Repetitionsregelung und Ausübung Substitutionsrecht

6.1 Die wiederholte Abgabe von Arzneimitteln auf eine Verordnung bezweckt die wirtschaftliche Optimierung der Behandlung unter Berücksichtigung der medizinischen und pharmazeutischen Kenntnisse. Um Therapieunterbrüche zu verhindern, übernehmen die Versicherer die Kosten für die Fortführung einer ärztlich verordneten Dauertherapie mit Zustimmung des Patienten bis zum nächsten Arztbesuch, längstens aber während der Dauer eines Jahres.

6.2 Die Praxis der wiederholten Abgabe ist wie folgt geregelt:

a) Versieht der Arzt das Arzneimittel auf der Verordnung mit einem zahlenmässigen Wiederholungsvermerk, so gibt der zugelassene Apotheker in der Regel beim Erstbezug die verordnete Packungsgrösse ab, unter Berücksichtigung von Art. 6 Abs. 1 dieses Vertrags. Die erneute Abgabe darf entsprechend der verordneten Menge oder 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 der Verordnung 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 die Dauerverordnung eine Gültigkeitsdauer fest, so darf diese zwölf Monate nicht überschreiten.

d) Verschreibt der Arzt auf der Verordnung ein Medikament ohne Repetitionsvermerk, so ist eine einmalige erneute Abgabe höchstens der verordneten Packungsgrösse in begründeten Ausnahmefällen erlaubt. Der zugelassene Apotheker dokumentiert den Grund der Repetition.

e) Bei Repetitionen sind folgende Angaben auszuweisen: Verordnender Arzt, Patientenangaben, Datum des Erstbezugs, Datum der Repetition, Bezeichnung, Menge und Preis des repetierten Arzneimittels.

6.3 Die Apotheker sind im Rahmen des Substitutionsrechts gemäss Art. 52a Abs.2 KVV frei in der Wahl der abgegebenen Medikamente. In diesem Rahmen wählen die Apotheker das Medikament nach den Aspekten der Wirksamkeit,

Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Kosten sollen auf das für den Behandlungszweck erforderliche Mass beschränkt werden (Art. 19 KVG).

6.4 Im Übrigen gilt der Art. 52a der Krankenversicherungsverordnung (KVV).

Art. 7 Auskunft und Formalitäten der Rechnungsstellung

7.1 Auf den Rechnungen der Leistungserbringer sind folgende Informationen anzugeben:

a Name, Vorname des Versicherten

b Adresse des Versicherten

c Rechnungsdatum, Rechnungsnummer

d gegebenenfalls Name des gesetzlichen Vertreters

e Versichertenkarten-Nummer

f Geburtsdatum des Versicherten

g Versicherungsnummer des Versicherten

h Versicherer

i ZSR- und GLN-Nummer bzw. Name, Adresse des verordnenden Leistungserbringers

j ZSR- und GLN-Nummer, Name und Adresse der abrechnenden Apotheke

k Abgabedatum pro Medikament

l pro Arzneimittel dessen Handelsname, Listenbezeichnung, galenische Form, GTN-Code 13 oder Pharmacode (nur bei elektronischer Abrechnung), Preis und Menge

m Tarifposition

n Mehrwertsteuer-Code (Satz)

o Effizienzbeitrag gemäss LOA

p Repetitionstyp

q Die Übermittlung der Information eines aus medizinischen Gründen abgegebenen Originalpräparates erfolgt via den jeweils aktuellen XML Standards gemäss Forum Datenaustausch für Apotheker über die Bemerkungszeile auf Positionsebene mit dem Text „Code207".

7.2 Zusätzlich zu den standardisierten Angaben a – q geben die zugelassenen Apotheker folgende Angaben auf der Rechnung an:

a) Bei Magistralrezepturen genügt der Vermerk PM (Praescriptio Magistralis). Die Zusammensetzung von Magistralrezepturen muss dem Versicherer auf Verlangen hin bekannt gegeben werden.

b) Bei Analysen werden der Vermerk „AN" und die Codenummer der Analysenliste angegeben.

c) Bei Mitteln und Gegenständen die Identifikationsnummer gemäss Tarif 452 „MiGeL" gemäss der Tarifcodeliste des Forum Datenaustausch.

7.3 Das Ausfüllen der Rechnung erfolgt gemäss den Vorgaben des Forum Datenaustausch (www.forum-datenaustausch.ch) mittels der aktuell gültigen XML-Schemas.

7.4 Für jeden Patienten ist gesondert Rechnung zu erstellen, welche nur Verordnungen eines einzigen Arztes oder Spitals betreffen.

7.5 Die zugelassenen Apotheken verpflichten sich dem Versicherer, der Schuldner der Rechnung ist, die Rechnung elektronisch zu übermitteln. In Ausnahmefällen werden Papierrechnungen akzeptiert. Falls die Rechnung systematisch nicht in elektronischer Form gesendet wird, kann dem zugelassenen Apotheker eine Strafgebühr von CHF 1.—pro Rechnung durch den Versicherer in Rechnung gestellt werden.

7.6 Die Versicherer verpflichten sich, technisch die elektronischen Rechnungen und Mahnungen der Leistungserbringer zu empfangen und elektronisch zu bezahlen, sofern diese dem aktuellen Standard des Forum Datenaustausch entspricht.

7.7 Liegt ein Leistungsaufschub gemäss KVG vor, wird die Rechnung erst bezahlt, wenn der Leistungsaufschub aufgehoben wird. In diesem Fall bleibt aber der Versicherer Schuldner der Leistung (tiers payant).

7.8 Der Krankenversicherer hat die Rechnung innert 30 Tagen nach deren Übersendung zu bezahlen oder Beanstandungen schriftlich mitzuteilen.

7.9 Der Versicherer hat grundsätzlich das Recht, stichprobenweise die Rezepte resp. Verordnungen zur Einsicht zu verlangen. Die Verordnungen werden elektronisch oder in Papierform zur Verfügung gestellt. Im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung kann der Versicherer Einsicht in sämtliche Verordnungen haben, die ihn betreffen.

7.10 Für die Abrechnung der Tarife, Positionen, EB, MWSt. etc. erfolgt die Auf- oder Abrundung nach gültigen XML-Standards gemäss Forum Datenaustausch.

7.11 Die Rechnungsstellung hat mit den folgenden Tarifcodes zu erfolgen:

a) Arzneimittel der SL der Listen A, B, C und D, und Impfstoffe und Immunologika der SL – Tarifcodes 400 oder 402

b) Arzneimittel gemäss Art. 52d und Art. 53 KVV – Tarifcode 451

c) Magistalrezepturen nach ALT – Tarifcode 410

d) Analysen – Tarifcode 317

e) LOA-Tarife – Tarifcode 570

f) MiGeL-Produkte – Tarifcode 452

7.12 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).

7.13 Die Rechnungsstellung darf höchstens einmal pro 30 Tage pro Arzt und Patient erfolgen. Ausgenommen sind Medikamente mit einem SL-Publikumspreis über CHF 1'000.

Art. 8 Tarifstruktur

8.1 Leistungen der Apotheken im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind nach Massgabe der jeweils gültigen gesamtschweizerischen vom Bundesrat der Eidgenossenschaft genehmigten oder festgelegten Tarifstruktur in Rechnung zu stellen.

8.2 Beim Abschluss dieses Tarifvertrags ist dies die Tarifstruktur LOA IV/1 (Tarifstrukturvertrag vom 01. Januar 2016 zwischen pharmasuisse und den Verbänden der Krankenversicherer). Liegt eine aktuellere Tarifstruktur in der Schweiz vor, so wird diese automatisch aus der Schweiz für die liechtensteiner Apotheken gleichzeitig wie in der Schweiz übernommen.

Art. 9 Tarifhöhe (Taxpunktwert)

9.1 Leistungen der Apotheken im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind gemäss jeweils gültigem gesamtschweizerischen Taxpunktwert des vom Bundesrat der Eidgenossenschaft genehmigten Tarifvertrags zwischen den Versicherern und pharmasuisse in Rechnung zu stellen.

9.2 Beim Abschluss dieses Tarifvertrags ist dies der Taxpunktwert CHF 1.05 exkl. MWST. (Tarifvertrag vom 01. Januar 2016 zwischen pharmasuisse und den Krankenversicherern). Liegt ein aktuellerer Taxpunktwert in der Schweiz vor, so wird dieser automatisch aus der Schweiz für die liechtensteiner Apotheken gleichzeitig wie in der Schweiz übernommen.

9.3 Der im Tarifvertrag vom 01. Januar 2016 zwischen pharmasuisse und den Krankenversicherern vorgesehene Effizienzbeitrag von 2.5% (Anhang 2, Pkt. 3.4 des Tarifvertrags vom 01. Januar 2016 zwischen pharmasuisse und den Krankenversicherern in der Schweiz) wird analog wie in der Schweiz bei der Rechnungsstellung an den liechtensteinischen Krankenversicherer abgezogen.

Art. 10 Qualitätssicherung

Die Details und Kriterien für die Qualitätssicherung sind in einer separaten Vereinbarung zwischen den Verbänden geregelt. Die diesbezüglichen Kosten sind im Tarif inbegriffen.

Art. 11 elektronischer Datenaustausch

Ab dem 01.01.2019 sind grundsätzlich alle von den beigetretenen Leistungserbringern zuhanden aller der dem Vertrag angehörenden Krankenversicherer erstellten Dokumente (insbesondere Rechnungen) elektronisch zu übermitteln. Für die elektronische Rechnungsstellung sind die gültigen Standards und Richtlinien anwendbar, welche vom „Forum Datenaustausch" anerkannt sind.

Art. 12 Konfliktlösung

12.1 Diese vertragliche Vereinbarung wird auf der Basis gegenseitigen Vertrauens abgeschlossen und soll durch die Erfahrung der Parteien sorgsam überwacht und allenfalls überarbeitet werden. Änderungen dieser vertraglichen Vereinbarung bedürfen der schriftlichen Form und der Genehmigung durch die Fürstliche Regierung.

12.2 Einigen sich die Vertragsparteien nicht, steht es jeder Partei frei ein Schiedsgericht gemäss Art. 28 KVG anzurufen.

Art. 13 Inkrafttreten

13.1 Dieser Vertrag tritt vorbehaltlich der Genehmigung durch die Fürstliche Regierung rückwirkend auf den 01.01.2019 in Kraft und ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

13.2 Dieser Vertrag ersetzt nach der Genehmigung durch die Fürstliche Regierung alle vorhergehenden Verträge und Beschlüsse zum Tarif.

Art. 14 Kündigung

Diese Vereinbarung kann von den Vertragsparteien mit einer 6-monatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

13. 12. 2019, den Schaan

Apothekerverein Fürstentum Liechtenstein (AVFL)

[redacted]

Nikolaus Frick
Präsident

[redacted]

Florentina Öhri
Aktuarin

Liechtensteinischer Krankenkassenverband

[redacted]

Dr. Donat P. Marxer
Präsident

[redacted]

Thomas A. Hasler
Geschäftsführer