



**Rahmenvereinbarung  
betreffend  
Managed Care System**

zwischen

**Visana Services AG  
Weltpoststrasse 19  
3000 Bern 15**

nachfolgend «**Visana**»

und

handelnd im Namen und Auftrag sowie auf Rechnung des  
**XY-net**

nachfolgend «**Netzwerk**»

## **INHALTSVERZEICHNIS**

<b>I.GRUNDSATZ DER ZUSAMMENARBEIT .....</b>	<b>3</b>
<b>II.TEILNEHMENDE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE .....</b>	<b>3</b>
<b>III.INHALT DER MC-VERSICHERUNG .....</b>	<b>4</b>
<b>IV.ABSCHLUSS DES VERSICHERUNGSVERTRAGES.....</b>	<b>4</b>
<b>V.ABRECHNUNG VON VERSICHERUNGSLEISTUNGEN .....</b>	<b>5</b>
<b>VI.PRÜFUNG DER LEISTUNGSANSPRÜCHE UND VERGÜTUNG.....</b>	<b>5</b>
<b>VII.ZIELVEREINBARUNG UND FINANZIELLE ABGELTUNG .....</b>	<b>5</b>
<b>VIII.MEDIZINISCHE QUALITÄTSSICHERUNG UND KOSTENLENKUNG .....</b>	<b>6</b>
<b>IX.BETRIEBSORGANISATION UND ANDERE DRITTE.....</b>	<b>6</b>
<b>X.INKRAFTTRETEN, DAUER UND BEENDIGUNG.....</b>	<b>6</b>
<b>ANHANG 1 - BEITRITTSERKLÄRUNG ALS NETZWERKARZT .....</b>	<b>8</b>
<b>ANHANG 2 - VERSORGUNGSGEBIET FÜR DAS NETZWERK .....</b>	<b>10</b>
<b>ANHANG 3 - ECKWERTE DER MC-VERSICHERUNG.....</b>	<b>11</b>
<b>ANHANG 4 - DATENAUSTAUSCH.....</b>	<b>12</b>
<b>ANHANG 5 - ZIELVEREINBARUNG UND FINANZIELLE ABGELTUNG .....</b>	<b>15</b>
<b>ANHANG 6 - DELEGIERTE AUFGABEN.....</b>	<b>17</b>
<b>ANHANG 7 - OPERATIVER BETRIEB .....</b>	<b>18</b>
<b>ANHANG 8 – VOLLMACHT .....</b>	<b>21</b>

## **I. Grundsatz der Zusammenarbeit**

*(nachfolgend wird aus Gründen der Lesbarkeit nur die männliche Form verwendet)*

1. Die Visana und das Netzwerk vereinbaren eine Zusammenarbeit nach dem Managed Care-System (nachfolgend MC-System).
2. Die Beteiligten betreiben ein MC-System, um durch die Förderung einer nachhaltigen MC-Medizin eine kostengünstige, qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung zu erhalten und weiter zu entwickeln, wobei die ärztliche Freiheit in Diagnostik und Therapie gewahrt wird. Die Beteiligten streben ein partnerschaftliches Erreichen der Ziele an.
3. Im MC-System bietet die beteiligte Visana seinen Versicherten eine MC-Versicherung gemäss KVG Art. 41 Abs. 4 an. Ferner bilden die Bestimmungen gemäss KVG Art. 32, 46, 55 und 77 die Basis. Dieses Versicherungsprodukt basiert auf einer eingeschränkten Arztwahl, indem sich der MC-Versicherte verpflichtet, bei Krankheit, Unfall oder zur Prävention immer zuerst den von ihm gewählten Care Manager (nachfolgend Netzwerkarzt oder MC-Arzt) zu konsultieren. Dieser übernimmt die Behandlung, veranlasst Überweisungen und steuert die Behandlungskette. Die Visana gewährt den MC-Versicherten einen Rabatt auf der Versicherungsprämie und/oder einen Bonus aufgrund effektiv erzielter Einsparung.
4. Der Netzwerkarzt übernimmt die Behandlung im Rahmen der medizinischen Versorgung, veranlasst Überweisungen und betreut den Versicherten in der Behandlungskette.
5. Das Netzwerk und die daran teilnehmenden Netzwerkkärzte unterstützen die Kostenlenkungs-massnahmen der Visana.
6. Die Vertragspartner verpflichten sich, keine gegenseitige Abwerbung von Versicherten und Patienten in Versorgungsgebiet gemäss **Anhang 2** vorzunehmen.

## **II. Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte**

7. Das Netzwerk verpflichtet sich, mit Ärzten, welche dem Netzwerk angehören und die Voraussetzungen gemäss **Anhang 1** erfüllen, Beitrittserklärungen abzuschliessen, in welche alle relevanten, im vorliegenden Vertrag definierten Pflichten zur Wahrnehmung der Netzwerkarzt-Funktion, aufgenommen werden.
8. Das Netzwerk verpflichtet sich, keine Beitrittserklärungen abzuschliessen bzw. bestehende Beitrittserklärungen aufzulösen, wenn Ärzte die Voraussetzungen gemäss **Anhang 1** nicht bzw. nicht mehr erfüllen.
9. Das Netzwerk meldet der Visana Mutationen wie Abschluss und Beendigung von Beitrittserklärungen. Für die Fristen gilt **Anhang 7**.
10. Der Netzwerkarzt meldet der Visana und dem Netzwerk einen allfälligen Aufnahmestopp von MC-Versicherten aus Kapazitätsgründen. Der MC-Versicherte hat die Möglichkeit, einen anderen Netzwerk-Arzt zu bestimmen. Für die Fristen gilt **Anhang 7**.

11. Die Visana verpflichtet sich, aufgrund der vom Netzwerk gemeldeten Mutationen (Eintritte, Austritte, Aufnahmestopp aus Kapazitätsgründen etc.) eine vollständige und aktuelle Liste der Netzwerkärzte zu führen. Für die Fristen gilt **Anhang 7**.

### **III. Inhalt der MC-Versicherung**

12. Die Visana verpflichtet sich, ab vereinbartem Systembeginn im Einzugsgebiet des Netzwerkes gemäss **Anhang 2** ein Produkt gemäss Art. 41 Abs. 4 KVG (MC-Versicherung) anzubieten, welches die Eckwerte gemäss **Anhang 3** einhält. Die Visana ist berechtigt, innerhalb der festgelegten Eckwerte Änderungen vorzunehmen, orientiert aber das Netzwerk vorgängig.

Die Visana verpflichtet sich, Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), welche die in **Anhang 3** vereinbarten Eckwerte nicht einhalten oder sonst eine wesentliche Änderung darstellen, nur auf Beginn eines Kalenderjahres in Kraft zu setzen. Die Visana teilt Änderungen jeweils bis am 31.5. dem Netzwerk mit.

13. Die Visana legt die Prämien und –Reduktionen fest. Bei Reduktion des gewährten Prämienrabattes in der MC-Versicherung (oblig. Krankenpflege-Versicherung) wird das Netzwerk umgehend informiert. Die Visana verpflichtet sich, die vom Netzwerk erarbeiteten Kosteneinsparungen in Form eines angemessenen Prämienrabattes und/oder eines Bonus aufgrund effektiv erzielter Einsparung, an die MC-Versicherten weiterzugeben.

### **IV. Abschluss des Versicherungsvertrages**

14. Die Visana verpflichtet sich, die Versicherten über die Funktionsweise des MC-Systems sowie über die Rechte und Pflichten des MC-Versicherten zu orientieren.
15. Die Visana verpflichtet sich, den Versicherten im Rahmen der Offertanfrage und bei Nachfrage seitens des Versicherten eine vollständige und aktuelle Liste der Netzwerkärzte auszuhändigen. Nach Versicherungsabschluss erhalten die Versicherten jederzeit aktuelle Listen auf Anfrage.
16. Die Visana verpflichtet sich, Versicherte über Änderungen auf der Liste der Netzwerkärzte zu orientieren, falls der Versicherte von dieser Mutation in irgendeiner Form betroffen ist.
17. Das Netzwerk kann eine Behandlungsvereinbarung einführen. Es stellt sicher, dass darin keine Bestimmungen enthalten sind, welche nicht den AVB der Visana entsprechen.
18. Die Visana verpflichtet sich, bei Austritt oder Ausschluss des Netzwerkarztes aus dem Netzwerk, den Versicherten aufzufordern, einen neuen MC-Arzt zu bezeichnen.
19. Das Netzwerk verpflichtet seine teilnehmenden Ärzte, MC-Patienten mit Wohnsitz im Einzugsgebiet des Netzwerkes gemäss **Anhang 2** ins MC-System aufzunehmen, sofern keiner der folgenden Ablehnungsgründe gegeben ist:
  - a) Die Behandlung des Patienten ist aus persönlichen Gründen unzumutbar;
  - b) Ein Aufnahmestopp von MC-Versicherten aus Kapazitätsgründen.

## V. Abrechnung von Versicherungsleistungen

20. Das Netzwerk verpflichtet die Netzwerkkärzte dazu,
  - bei Systemeintritt eines Patienten unverzüglich die Leistungen abzurechnen, welche für den Patienten vor dessen Systemeintritt erbracht wurden;
  - bei Systemaustritt eines Patienten unverzüglich die Leistungen abzurechnen, welche für den Patienten bis zum Systemaustritt erbracht wurden.
21. Die Visana verpflichtet sich, keine Kosten der jährlichen Systemabrechnung zu belasten, welche nicht die Vertragsdauer der MC-Versicherung betreffen.

## VI. Prüfung der Leistungsansprüche und Vergütung

22. Die Visana verpflichtet sich, dem Netzwerkarzt bzw. dem Netzwerk (gemäss Vollmacht des Netzwerkarztes) auf Anfrage via Betriebsgesellschaft die notwendigen Belege, Listen und Unterlagen für die ärztseitige Überprüfung der Leistungskosten zuzustellen.
23. Das Netzwerk verpflichtet die ihm angeschlossenen Netzwerkkärzte zur regelmässigen Übermittlung / Zustellung der für die Prüfung des Leistungsanspruches erforderlichen Überweisungsinformationen an die Visana. Die Details regeln die **Anhänge 4 und 7**.
24. Die Visana verpflichtet sich, Leistungen, welche nicht vom Netzwerkarzt persönlich erbracht werden, nur dann zu vergüten, wenn sie vom Netzwerkarzt angeordnet oder gutgeheissen wurden.

## VII. Zielvereinbarung und finanzielle Abgeltung

25. Die finanzielle Abgeltung des Netzwerkes und die Erfolgsbemessung werden im **Anhang 5** geregelt.
26. Die Vertragsparteien legen gemeinsam die zu erhebenden, systemrelevanten Daten, die Durchführungsverantwortung, den Datenaustausch und die Dateneinsichtsrechte fest. Die zurzeit geltende Regelung ist in Anhang 4 wiedergegeben.
27. Die Vertragsparteien sind berechtigt, selbständig weitere für die Durchführung des MC-Systems erforderliche Informationen und Parameter zu sammeln.
28. Die Vertragsparteien legen gemeinsam Ziele, Bemessung und Kriterien der Beurteilung fest (**Anhang 5**).
29. Die Visana verpflichtet sich, die eigenen systemrelevanten Daten auszuwerten und das Systemergebnis gemäss vereinbarter Methode zu berechnen. Die Ergebnisse werden dem Netzwerk zur Verfügung gestellt.
30. Das Netzwerk ist berechtigt, in die Daten der Systemauswertung Einsicht zu nehmen. Zur Plausibilisierung der jährlichen Systemauswertung ist das Netzwerk berechtigt, auf die notwendigen Einzelbelege und Rechnungen bei Bedarf zuzugreifen.

## **VIII. Medizinische Qualitätssicherung und Kostenlenkung**

31. Das Netzwerk ist verpflichtet, durch Weiterbildungsveranstaltungen bei den angeschlossenen Ärzten für eine angemessene Qualitätssicherung (z.B. Qualitätszirkel) und aktive Kostenlenkungsmassnahmen zu sorgen. Die Visana wird über die Qualitätssicherung und die Kostenlenkungsmassnahmen jährlich mit einem Reporting orientiert.
32. Das Ärztenetz engagiert sich durch die Bündelung kollektiven Wissens für eine Qualitätsoptimierung und geht in seinen Bemühungen damit weiter als im konventionellen System. Die Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung ist ein Hauptmerkmal von professionellen Ärztenetzen
33. Die Visana unterstützt die vom Netzwerk betriebenen Qualitätssicherungs- und Kostenlenkungsmassnahmen im Rahmen gemeinsam definierter Projekte und Aktivitäten nach ihren Möglichkeiten.

## **IX. Betriebsorganisation und andere Dritte**

34. Beide Vertragsparteien haben das Recht, die für die Zusammenarbeit erforderlichen Organisationen selbständig festzulegen und Aufgaben an MC-Organisationen und Betriebsgesellschaften oder andere Dritte zu delegieren oder rückzudelegieren. Zurzeit haben die Vertragsparteien Aufgaben gemäss **Anhang 6** delegiert.
35. Die Vertragsparteien verpflichten sich, die andere Vertragspartei unverzüglich darüber zu orientieren, wenn Aufgaben neu an MC-Organisationen, Betriebsgesellschaften oder andere Dritte delegiert oder rückdelegiert werden.

## **X. Inkrafttreten, Dauer und Beendigung**

36. Dieser Vertrag ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen und tritt am 1. Juli 2007 in Kraft und kann unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres, erstmals zum 31. Dezember des zweiten Jahres nach in Kraft treten, gekündigt werden.
37. Das Netzwerk verpflichtet die Netzwerkärzte durch Abschluss der Beitrittserklärung dazu, die Leistungen für sämtliche MC-Patienten auf den Kündigungszeitpunkt dieser Rahmenvereinbarung abzurechnen.
38. Aufgrund geänderter Gesetzesgrundlagen oder der diesbezüglichen Rechtsprechung, besteht die Möglichkeit, den Vertrag im gegenseitigen Einvernehmen anzupassen; dies hat in Schriftform zu erfolgen.

Bern, den \_\_\_\_\_

Schönbühl, den \_\_\_\_\_

**Für die Visana:**

**Für das Netzwerk:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Anhänge:**

1. Beitrittserklärung als Netzwerkarzt
2. Versorgungsgebiet für das Ärztenetzwerk
3. Eckwerte der MC-Versicherung
4. Datenaustausch
5. Zielvereinbarung und finanzielle Abgeltungen
6. Delegierte Aufgaben
7. Operativer Betrieb
8. Vollmacht

---

## **Anhang 1 - Beitrittserklärung als Netzwerkarzt**

---

### **1. Formelle Voraussetzungen des Netzwerkarztes**

Ein Arzt, der als Netzwerkarzt über eine Beitrittserklärung dieser Rahmenvereinbarung des Netzwerkes beitreten will, muss folgende Grundbedingungen erfüllen:

Der Arzt / die Ärztin

- a) bestätigt, Mitglied des Netzwerkes zu sein und sämtliche Bestimmungen des MC-Vertrages zu respektieren;
- b) verfügt über einen FMH-Titel oder verfügt beim Fehlen eines solchen über eine klinische Erfahrung von mindestens 6 Jahren;
- c) betreut als Netzwerkarzt, die im MC-System eingeschriebenen Patientinnen und Patienten als erstbehandelnde/r Arzt/Ärztin;
- d) beteiligt sich am regionalen Notfalldienst entsprechend der am Praxisstandort geltenden Regelung;
- e) ist zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz zugelassen;
- f) ist Inhaber einer gültigen Praxisbewilligung und praktiziert im Einzugsgebiet des Netzwerkes;
- g) akzeptiert automatisch die von den Parteien beschlossenen Änderungen zum MC-Vertrag, vorbehalten bleibt ein Kündigungsrecht;
- h) lässt seine Interessen im Verhältnis zur Visana durch das Netzwerk wahrnehmen;
- i) erteilt dem Netzwerk die Vollmacht, gemäss Punkt 22 des Vertrages, die notwendigen Unterlagen bei der Visana einzufordern;
- j) rechnet über seine persönliche ZSR-Nummer/EAN Code ab.
- k) Stellt eine HIN-Adresse zur Bestandes- und Leistungsdatenlieferung zur Verfügung, wenn diese nicht an einen Dritten (Betriebsgesellschaft, MCO) geliefert werden.

Die Parteien können in Abweichung zu obigen Anforderungen die Aufnahme von Ärzten und Ärztinnen bewilligen.

### **2. Beitrittserklärung zum Vertrag**

#### **a) Datum**

Ein Beitritt zum Vertrag ist jederzeit per 1.1. oder 1.7. des laufenden Jahres möglich. Rückwirkende Eintritte sind nicht möglich.

#### **b) Bestätigung**

Der/die Unterzeichnende bestätigt

- ordentliches Mitglied im Netzwerk, das den Zusammenarbeitsvertrag mit der Visana abgeschlossen hat, zu sein;
- Kenntnis der Rahmenvereinbarung des Netzwerkes mit der Visana zu haben und sämtliche Pflichten, die ihn/sie daraus betreffen, zu erfüllen;



### c) Kündigung und Ausschluss

Diese Beitrittserklärung kann von den unterzeichnenden Parteien unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten jeweils auf das Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Der/die Unterzeichnende wird auf den entsprechenden Listen des Netzwerkes und der Visana gestrichen und ermächtigt die Visana dazu, die betroffenen Versicherten über die Möglichkeiten gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu orientieren.

### d) Personalien

Anrede:	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Herr
Name:		
Vorname:		
Titel:		
Facharztbezeichnung:		
Subspezialität:		
ZSR-Nr/EAN Code.:		
Strasse & Nr.:		
PLZ & Ort:		
Tel Praxis:		
Fax Praxis:		
E-Mail:		
Aufnahmestopp:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

Ort und Datum:

\_\_\_\_\_

Praxisstempel:

Netzwerkarzt:

\_\_\_\_\_

---

## **Anhang 2 - Versorgungsgebiet für das Netzwerk**

---

### **1. Definition**

Jeder Versicherte, der im Einzugsgebiet des MC-Systems seinen zivilrechtlichen Wohnsitz hat, kann bei der Visana die MC-Versicherung abschliessen.

Ein Versicherter, welcher ausserhalb des Einzugsgebietes seinen Wohnsitz hat, deren Versorgung jedoch bereits durch einen Arzt des Netzwerkes sichergestellt wurde, kann der MC-Versicherung nur nach Rücksprache mit der Visana beitreten.

### **2. Ausdehnung**

Geographisch umfasst das MC-System des Netzwerkes das vereinbarte Einzugsgebiet.



### **Anhang 3 - Eckwerte der MC-Versicherung**

---

Die folgenden Eckwerte der MC-Versicherung dürfen nicht einseitig geändert werden. Sie bedürfen der Zustimmung der Vertragsparteien.

Die Visana und das Netzwerk vereinbaren ein alternatives Versicherungsmodell im Sinne von Art. 41 Abs. 4 KVG.

Die Visana vereinbart mit den MC-Versicherten den MC-Versicherungsvertrag. Das Netzwerk verpflichtet die angeschlossenen Netzwerkarzte, die MC-Versicherten im Rahmen der Vereinbarung zu behandeln.

Die Arztwahl ist für die MC-Versicherten wie folgt eingeschränkt:

Die MC-Versicherten erklären sich bereit, grundsätzlich Behandlungen und Untersuchungen durch den bezeichneten Netzwerkarzt durchführen oder sich durch diesen an Dritte überweisen zu lassen. Das bedeutet, der MC-Versicherte wendet sich für alle Behandlungen immer zuerst an seinen Netzwerkarzt.

Ausnahmen sind:

- sämtliche gynäkologischen Untersuchungen und Behandlungen;
- Routineuntersuchungen beim Augenarzt und die Verschreibung von Brillen oder Kontaktlinsen;
- in einer Notfallsituation, falls der MC-Arzt nicht erreichbar sein sollte. Der MC-Versicherte muss den Netzwerkarzt über die Behandlungen informieren.
- für zahnärztliche Behandlungen

Werden MC-Versicherte von ihrem Netzwerkarzt einem Spezialarzt zugewiesen und dieser empfiehlt den MC-Versicherten eine weitergehende Behandlung oder einen operativen Eingriff, so sind die MC-Versicherten verpflichtet, ihren Netzwerkarzt darüber im Voraus zu informieren oder informieren zu lassen und dessen Einverständnis einzuholen.

Die einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug zur MC-Versicherung gelten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung sowie die ambulanten Zusatzversicherungen nach VVG.

Beanspruchen MC-Versicherte ausserhalb der bewilligten Ausnahmen direkt ambulante oder stationäre Behandlungen ohne vorherige Anweisung durch ihren Netzwerkarzt, tragen sie die damit verbundenen Kosten gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen selber.

Die Erhebung der Kostenbeteiligung erfolgt gemäss den gesetzlichen Bestimmungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, und geht zu Gunsten des Krankenversicherers.

---

## **Anhang 4 - Datenaustausch**

---

### **1. Grundlage und Ziel**

Im vorliegenden Anhang legen die Vertragsparteien gemeinsam die zu erhebenden, systemrelevanten Daten, die Durchführungsverantwortung, den Datenaustausch und die Dateneinsichtsrechte fest.

Die Parteien sind zur Erfüllung der vertraglichen Pflichten und zur Sicherstellung eines einwandfreien operativen Betriebes angehalten, jederzeit einen qualitativ hoch stehenden und termingerechten Datenaustausch zu gewährleisten. Das Netzwerk verpflichtet die ihm angeschlossenen Ärzte, durch entsprechende Bestimmungen in der Beitrittserklärung, auf ein solches Verhalten.

### **2. Zu erhebende Daten und Durchführungsverantwortung**

Zur Sicherstellung des Betriebes des MC-Systems sorgen die Parteien für den Austausch folgender Daten:

#### **a) Liste der teilnehmenden Ärzte**

Das Netzwerk meldet der Visana Mutationen betreffend die teilnehmenden Ärzte. Die Visana führt eine vollständige und aktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte.

#### **b) Versichertendaten**

Die Visana übermittelt monatlich den Netzwerkärzten bzw. der vom Netzwerk beigezogenen Betriebsgesellschaft die erforderlichen Versicherteninformationen der MC-Versicherten.

Diese Daten beinhalten mindestens folgende Informationen:

Versicherten-Nr., Name/Vorname/Adresse des Versicherten, Geburtsdatum, Zivilstand, Familienoberhaupt-Nr. mit Name/Vorname/Adresse, "Gültigkeit ab" der Versicherungsdeckungen, sämtliche Versicherungsdeckungen KVG inkl. Angaben der Franchise und Unfalldeckung/den zuständigen Netzwerkarzt, sowie die zuständige Agentur.

Der Bestandesdatenaustausch erfolgt gemäss der bisher aktiven Standardschnittstelle (BlueEvidence). Eine neue Schnittstelle ist in Vorbereitung.

#### **c) Administrative Überweisungsmeldungen**

Die Netzwerkärzte bzw. die vom Netzwerk beigezogene Betriebsgesellschaft übermitteln mindestens zweiwöchentlich der Visana die administrativen Überweisungsmeldungen.

#### **d) Kostendaten**

Die Visana übermittelt monatlich dem Netzwerk bzw. der vom Netzwerk beigezogenen Betriebsgesellschaft die Kostendaten der MC-Versicherten.

Die Datenlieferung enthält mindestens folgende Informationen:

Versicherten-Nr., Name, Vorname, Geburtsdatum des Versicherten, Netzarzt, Leistungserbringer, veranlassender Leistungserbringer, Behandlungsdatum von, Behandlungsdatum bis, Verarbeitungsdatum, Fakturatum, Abrechnungsnummer, Schadenart (Krankheit, Unfall,

Mutterschaft), Leistungsart (bei den ambulanten Arztleistungen sind die selbstdispensierten Medikamente auszuscheiden); Abrechnungsnummer Leistungserbringer, Bruttokosten KVG.

Der Kostendatenaustausch erfolgt gemäss der bisher aktiven Standardschnittstelle (BlueEvidence). Eine neue Schnittstelle ist in Vorbereitung.

#### **e) Weitergehende Daten**

Zur Optimierung des MC-Systems streben die Parteien eine Weiterentwicklung des Datenaustausches an. Jede Partei hat das Recht, weitergehende Daten und Auswertungsanliegen mit Hinweis auf den Verwendungszweck an die jeweilige Gegenpartei zu richten. Daraus können aber keinerlei Rechte abgeleitet werden.

### **3. Datenverarbeitung**

Sämtliche Empfänger von Daten dürfen diese lediglich zum Zweck der Durchführung der Rahmenvereinbarung und der Anhänge verarbeiten. Soweit der abgeschlossene Vertrag den Verwendungszweck von Daten noch nicht konkretisiert, ist die beabsichtigte Verwendung von Daten vorgängig im Rahmen des gesetzlich Erlaubten festzulegen.

Die Weitergabe von Daten in irgendeiner Form an Dritte oder ihre Verwendung für nicht vereinbarte Zwecke (z.B. Marketingaktivitäten) ist ausgeschlossen. Verstösst eine Partei gegen das Gebot von Treu und Glaube, kann die andere Partei (sofern Gefahr in Verzug besteht) diese Vereinbarung fristlos kündigen, wobei im Vorfeld eine Konsenssitzung stattgefunden haben muss.

### **4. Ermächtigung der MC-Versicherten**

Zur Sicherstellung des Datenflusses und zur Gewährleistung des Rechts beider Vertragsparteien, die Datenverarbeitung an eine Betriebsgesellschaft bzw. an eine MC-Organisation delegieren zu können,

- verpflichtet das Netzwerk die ihm angeschlossenen Ärzte dazu, sich von den MC-Versicherten ermächtigen zu lassen, die unter Ziffer 2 dieses Anhangs aufgelisteten Daten an das Netzwerk bzw. an die allfällig beigezogene Betriebsgesellschaft und an die Visana bzw. die allfällig beigezogene MC-Organisation zu liefern;
- lässt sich die Visana von den MC-Versicherten dazu ermächtigen, die unter Ziffer 2 dieses Anhangs aufgelisteten Daten an eine allfällig beigezogene MC-Organisation und an das Netzwerk bzw. die allfällig beigezogene Betriebsgesellschaft zu liefern.

### **5. Form der Datenlieferung**

Die Vertragsparteien verpflichten sich, die Daten gemäss Ziffer 2 dieses Anhangs in einer elektronischen Form zur Verfügung zu stellen, welche die Weiterverarbeitung im Rahmen der Vereinbarung gewährleistet. Die technischen Einzelheiten werden durch die von den Parteien delegierten Informatikspezialisten erarbeitet.

### **6. Geheimhaltung, Datensicherheit, Kontroll- und Einsichtsrechte, Löschung**

#### **a) Geheimhaltung**

Die Parteien vereinbaren Geheimhaltung gegenüber Dritten bezüglich sämtlicher im Rahmen der vereinbarten Zusammenarbeit erzielten Ergebnisse und erfolgenden Datentransfers. Sie verpflichten sich gegenseitig zur Geheimhaltung aller Informationen, Wahrnehmungen und Unterlagen, die zur

geschäftlichen Geheimsphäre gehören. Bei Zweifeln über die Zugehörigkeit einer Information oder Wahrnehmung zu Geschäftsgeheimnissen einer anderen Vertragspartei besteht eine gegenseitige Konsultationspflicht. Sämtliche Vertragsparteien sowie die weiteren involvierten Parteien, welche entsprechend zu verpflichten sind, unterstehen im übrigen derselben Schweige- und Geheimhaltungspflicht wie die Visana resp. deren Mitarbeiter; diesbezüglich ist insbesondere auf das KVG, VVG, UVG, das Datenschutzgesetz (DSG) sowie das Schweizerische Strafgesetz hinzuweisen.

Die Schweige- und Geheimhaltungspflicht besteht für sämtliche Beteiligten nach Beendigung des Vertragsverhältnisses im gleichen Umfang weiter.

Die Vertragsparteien stellen die Einhaltung vorstehender Pflichten durch ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie durch die von ihnen allenfalls beigezogenen Betriebsorganisationen (MC-Organisation bzw. Betriebsgesellschaft) sicher.

#### **b) Datensicherheit**

Die Parteien garantieren sich gegenseitig die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften bezüglich Datenschutz. Sie stellen durch geeignete personelle, organisatorische und technische Massnahmen sicher, dass der Zugriff durch Unbefugte auf Daten ausgeschlossen ist. Sie werden die allenfalls mit der Datenbearbeitung beauftragte MC-Organisation bzw. Betriebsgesellschaft sowie ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diesem Sinne verpflichten.

#### **c) Kontroll- und Einsichtsrechte**

Dateneinsichtsbegehren von MC-Versicherten haben die Vertragsparteien gemäss den gesetzlichen Bestimmungen uneingeschränkt nachzukommen.

Die Parteien haben jederzeit das Recht, die Datenschutzmassnahmen, die Einhaltung der Datenbearbeitungsaufgaben und der Geheimhaltungsbestimmungen sowie die Datensicherheit bei der anderen Partei zu überprüfen. Sie können zu diesem Zweck von sämtlichen Datenempfängern die erforderlichen Unterlagen herausverlangen, Auskünfte einholen und sich die Datenbearbeitung vorführen lassen.

#### **d) Löschung der Daten**

Bei Auflösung des vorliegenden Vertragsverhältnisses resp. bei Austritt eines Beteiligten im Zusammenhang mit diesem Vertragsverhältnis sind die Daten zurückzuliefern oder nach Vereinbarung zu vernichten, sofern nicht eine sinn- und zweckentsprechende Verwendung der Daten vereinbart wird bzw. diese aufbewahrt werden müssen.

---

## Anhang 5 - Zielvereinbarung und finanzielle Abgeltung

---

### 1. Ausgangslage

Für den in einem Managed Care-System anfallenden Steuerungsaufwand zahlt die Visana eine Systemleistung an das Netzwerk. Diese Pauschale deckt die Kosten für folgende Leistungen:

#### Medizinische Leistungen

- Entschädigung für strukturierte, auf bereichsübergreifendes Care Management fokussierte Fortbildung der beteiligten Netzärzte, zum Beispiel im Rahmen von regelmässig stattfindenden Qualitätszirkeln
- Organisation der Qualitätszirkel-Arbeit (Vorbereitung/Moderation/Follow-up und Protokollierung)
- Prozessorientierung des QZ
- Erarbeiten von Behandlungsrichtlinien (sog. Guidelines) für Netzwerklärzte und Behandlungsempfehlungen für Versicherte / Patienten (sog. Patientendossiers)
- Entwicklung und Umsetzung von Qualitätskontrollwerkzeugen (z.B. EQUAM u.a.).
- Sektorübergreifende Betreuung von Hausarztversicherten, d.h. enge Koordination mit Spezialisten, Spitälern bzw. Spitalärzten und nachgelagerten Versorgungsstufen (Rehabilitation)
- Gatekeeping

#### Management Aufgaben

- Netzentwicklung und Netzführung
- Leistungscontrolling mit den dazu notwendigen Voraussetzungen (EDV-Hard- und Software, Wartung, Qualitätskontrolle); Rücksprache mit dem Versicherer/Abklärungen/laufende Prozessoptimierungsanstrengungen.
- Ausbildung der Versicherervertragspartner über das Modell
- Vertragsverhandlungen und -controlling
- Managementausbildung der ärztlichen Netzleiter (inkl. Abgeltung des Erwerbsausfalls), z.B. Moderation / Finanzwesen / Marketing / Kommunikation
- Jährliches Reporting der Qualitätszirkel-Arbeit

#### Weitere Leistungen

- Beeinflussung der politischen Rahmenbedingungen zwecks Förderung des Gatekeeper-Prinzips mit Budgetmitverantwortung als richtungsweisendes Finanzierungskonzept
- Regelmässige Publizität in den Massenmedien über Optimierungspotenziale in der Medizin (Tarifmissbrauch, „weniger ist manchmal mehr“, In-Frage-Stellung der zunehmenden Medikalisierung der Bevölkerung, Generikathematik).

#### Die Steuerungs pauschale beinhaltet nicht

- Entwicklung, Implementierung und laufende Optimierung von Behandlungsmanagementprogrammen (sog. Disease Management und Care/Case Management)



## 2. Spezielle Managed Care Instrumente

Unter Managed Care (MC) wird die Umsetzung der ärztlichen Steuerungsfunktion, Massnahmen zur Leistungskontrolle und die Steuerung der Behandlungskette verstanden. Das Netzwerk verpflichtet sich, folgende spezielle MC Instrumente anzuwenden:

### Finanzielle Mitverantwortung

Das Netzwerk verpflichtet sich zur Übernahme einer finanziellen Mitverantwortung spätestens im dritten Jahr nach Vertragsabschluss. Diese erfolgt abgestuft in Form einer geringen bis hohen Erfolgsbeteiligung des Netzwerks am finanziellen Systemergebnis und wird in einem gesonderten Anhang geregelt.

### Verordnete Generika

Bezüglich der Medikamentenverschreibung resp. –abgabe verpflichtet sich das Netzwerk zur Generikaförderung. Das Vorgehen und die Quote der generikafähigen verschreibungspflichtigen Medikamente werden gemeinsam durch die Paritätische Kommission festgesetzt.

### Qualitätssicherung

Das Netzwerk verpflichtet sich, Qualitätszirkelsitzungen in ausreichender Zahl zu organisieren. Anforderungen pro Qualitätszirkel sind:

- Mindestens 10 Qualitätszirkelsitzungen p.a. spätestens im 3. Jahr, während einer Dauer von je ein bis zwei Stunden (gradueller Steigerung von 6 QZ im 1. Jahr und 8 QZ im 2. Jahr)
- Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich zu mindestens 7 QZ im 3. Jahr (gradueller Steigerung von 4 QZ im 1. Jahr und 6 im 2. Jahr)

Diese Fortbildung erfolgt im Rahmen der bestehenden Fortbildungspflicht von 80 Std./Jahr zur Erhaltung des Facharztstitels FMH.

### CIRS

Das Netzwerk verpflichtet sich zum Aufbau eines Critical Incident Reporting (CIR) mit klar definierten Abläufen innerhalb von 2 Jahren.

## 3. Leistungsabwicklung

Die Leistungen werden weiterhin nach dem Einzelleistungsprinzip auf der Basis des KVG-Tarifes erbracht. Der ärzteseitige Systemaufwand (Systemleistung) wird dem Netzwerk anteilmässig je Quartal mit einer Akontozahlung entrichtet.

## 4. Systemleistung

**CHF 2.00** (zwei Franken) pro Versichertenmonat (pmpm).

Die Parameter der Zielvereinbarung werden periodisch überprüft und gegebenenfalls im gegenseitigen Einverständnis angepasst.

---

## Anhang 6 - Delegierte Aufgaben

---

### 1. Grundlage

Die Parteien sind frei, Aufgaben an Managed Care-Organisationen oder Betriebsgesellschaften oder andere Dritte zu delegieren oder rückzudelegieren. Zurzeit haben die Vertragsparteien die folgenden Aufgaben delegiert. Diese Bestimmungen bilden integrierenden Bestandteil der Rahmenvereinbarung.

### 2. Liste der delegierten Aufgaben von Visana

keine

### 3. Liste der delegierten Aufgaben des Netzwerkes

betreibt eine Betriebsgesellschaft (BG). Diese vertritt das Netzwerk und die angeschlossenen MC-Ärzte in der Umsetzung und im Betrieb des MC-Systems in den ihr zugewiesenen Aufgaben. Die BG ist vom Netzwerk mit folgenden Aufgaben mandatiert:

- Sie unterstützt die Verhandlungen mit Visana und stellt die zentrale Verhandlungskoordination sicher;
- Sie schliesst im Namen und Auftrag sowie auf Rechnung des Netzwerkes die vorliegende Rahmenvereinbarung ab
- Sie unterstützt das Netzwerk in den vereinbarten Projekten;
- Sie ist für die Durchführung der Datenverarbeitung und des Datenaustausches gemäss **Anhang 4** (Rahmenvereinbarung) verantwortlich. Im Besonderen ist sie für den Aufbau und die Verwaltung der Datenbank der MC-Versicherten inkl. Datenübernahme von den Versicherern und die Bereitstellung bzw. elektronische Übermittlung der MC-Versichertendaten an die teilnehmenden MC-Ärzte verantwortlich;
- Sie ist für die Unterstützung der teilnehmenden MC-Ärzte in der Verwaltung ihrer MC-Versicherten und in der Durchführung des elektronischen Datenaustausches durch die Bereitstellung und Vermittlung geeigneter Software-Programme verantwortlich;
- Sie ist für den Empfang, die Verarbeitung und Weiterleitung der administrativen Überweisungsmeldungen an die Visana sowie die Auswertung der Überweisungen verantwortlich;
- Sie ist für die Übernahme der Kostendaten der MC-Versicherten von Visana sowie die Erstellung der notwendigen Auswertungen zur Optimierung der medizinischen Versorgung;
- Sie ist zur Wahrung der Anonymität und des Datenschutzes der teilnehmenden MC-Ärzte und Patienten mit MC-Versicherung in und ausserhalb des Netzwerkes verpflichtet;
- Sie ist für den operativen Betrieb des MC-Systems gemäss **Anhang 7** (Rahmenvereinbarung) und das Führen der allgemeinen Administration verantwortlich und koordiniert die Abklärungen mit dem Netzwerk und/oder den MC-Ärzten;
- Sie überwacht die Abgabe von Behandlungsvereinbarungen;
- Sie kann das Netzwerk in der Paritätischen Kommission mitvertreten;
- Sie nimmt weitere ihr vom Netzwerk zugewiesenen Einzelaufgaben wahr (z.B. Geschäftsführung und Vereins-/ Ärztheadministration).

---

## **Anhang 7 - Operativer Betrieb**

---

### **1. Grundlage**

In diesem Anhang sind die aus der Rahmenvereinbarung relevanten Detailbestimmungen und Fristenregelungen über den operativen Betrieb im MC-System geregelt. Sie bilden integrierenden Bestandteil der Rahmenvereinbarung.

### **2. Abschluss des Versicherungsvertrages**

Visana verpflichtet sich, den MC-Versicherten über die Funktionsweise des MC-Systems sowie über die Rechte und Pflichten vor dem Beitritt in die MC-Versicherung zu orientieren. Visana ist für die Abgabe der gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) verantwortlich.

Mit dem Abschluss der MC-Versicherung erklären sich die MC-Versicherten einverstanden, ihrem Netzwerkarzt oder in dessen Auftrag handelnden Dritten Einsicht in die Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung zu gewähren. Ebenso willigen sie in die Bearbeitung dieser Daten durch die Visana, das Netzwerk oder im Auftrag handelnde Dritte ein. Bei einem Arztwechsel stimmen sie der Weitergabe der relevanten Akten an den neuen Netzwerkarzt zu und entbinden dafür den Netzwerkarzt vom Berufsgeheimnis.

### **3. Ärzteliste**

Das Netzwerk verpflichtet sich, eine aktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen zu führen. Es meldet der Visana allfällige Änderungen umgehend schriftlich (Abschluss und Beendigung von Beitrittserklärungen, Personalien etc.). Visana ihrerseits verpflichtet sich, die aktuelle Ärzteliste in ihren Verkaufsunterlagen zu benutzen und den Versicherten auf Anfrage abzugeben.

Meldungen über Mutationen, welche bis zum 15. eines Monats eintreffen, sind in der Ärzteliste des nächsten Monats berücksichtigt.

### **4. Aufnahmestopp für neue MC-Versicherte**

Der Netzwerkarzt kann jederzeit schriftlich, ohne nähere Angabe eines Grundes, einen Aufnahmestopp für neue MC-Versicherte beim Netzwerk verlangen. Das Netzwerk teilt den Aufnahmestopp zur Aufnahme in die Ärzteliste schriftlich der Visana mit.

Trifft die Mitteilung bis zum 15. des Monats ein, wird der Aufnahmestopp bzw. seine Aufhebung in der Ärzteliste des nächsten Monats berücksichtigt.

### **5. Stellvertretung / Todesfall des Netzwerkarztes**

Der Netzwerkarzt stellt bei Abwesenheit seine Stellvertretung durch einen anderen Arzt des Netzwerkes sicher, sofern dies zumutbar ist.

Im Todesfall eines Netzwerkarztes informiert das Netzwerk die Visana bei Kenntnisnahme umgehend schriftlich. Das Netzwerk organisiert die Stellvertretung und organisiert die Nachfolgeregelung innerhalb von maximal 6 Monaten. Danach fordert der Versicherer die Versicherten auf einen neuen MC-Arzt zu bezeichnen.

## **6. Überweisungsmeldungen des Netzwerkarztes**

Der Netzwerkarzt überweist den MC-Versicherten an einen anderen Leistungserbringer, wenn er dies als notwendig erachtet. Der Netzwerkarzt stellt die medizinischen Überweisungsmeldungen direkt den sekundären Leistungserbringern zu. Der Netzwerkarzt ist für die Koordination der weiteren Behandlungsschritte verantwortlich.

Der Netzwerkarzt übermittelt der Visana direkt oder über die vom Netzwerk beauftragte Stelle die administrativen Überweisungsmeldungen seiner MC-Versicherten *soweit* möglich elektronisch oder in maschinenlesbarer Form innert 14 Tagen. Auf Anfrage der Visana teilt der Netzwerkarzt mit, ob eine nicht auf der Überweisungsliste enthaltene Behandlung auf Anordnung erfolgte.

Der Netzwerkarzt prüft die für die MC-Versicherten erbrachten Versicherungsleistungen an Hand der Leistungsdaten. Der Netzwerkarzt meldet der Visana, wenn eine Behandlung nicht von ihm angeordnet war bzw. über den Rahmen seines Behandlungsauftrages hinausging. Der Netzwerkarzt kann auf Anfrage Einsicht in die notwendigen Belege und Rechnungen nehmen und bei der Visana eine Kopie der Unterlagen anfordern.

## **7. Rechnungsstellung durch den Netzwerkarzt**

Der Netzwerkarzt stellt dem Versicherer nach Möglichkeit elektronisch Rechnung für seine an den MC-Versicherten erbrachten Leistungen gemäss gültigem Arzttarif. Bei laufenden Behandlungen schliesst er die Rechnungen jeweils per 31.12. eines jeden Kalenderjahres ab.

Weitere Gründe für einen unterjährigen Rechnungsabschluss siehe Rahmenvereinbarung.

## **8. Datenverarbeitung und Datenauswertung**

Die Parteien sind zur Erfüllung der vertraglichen Pflichten und zur Sicherstellung eines einwandfreien operativen Betriebes im MC-System angehalten und gewährleisten eine qualitativ hoch stehende und termingerechte Datenverarbeitung.

Zur Sicherstellung des Betriebes des MC-Systems tauschen die Parteien verschiedene Daten aus. Die Bestimmungen über die Inhalte, die Übertragungsart dazu sind im Anhang 4 (Rahmenvereinbarung) geregelt.

Es steht den Parteien offen, weitergehende spezifische Datenauswertungen zu erstellen und zur Verfügung zu stellen.

## **9. Datensicherheit und Datenschutz**

Die Parteien verpflichten sich gegenseitig, die Sicherheit der ihr im Rahmen des MC-Systems anvertrauten Daten zu gewähren. Sie treffen die notwendigen organisatorischen und technischen Massnahmen zur Gewährleistung der Datensicherheit und des Datenschutzes.

## **10. Information und Kommunikation**

Die Parteien informieren sich vorgängig über öffentliche Kommunikationsmassnahmen betreffend das MC-System. Gemeinsame Absicht ist es, eine transparente und kompetente Kommunikation nach Aussen aufzubauen und gemeinsame Aktionen durchzuführen.

Interne Informationen wie Rundschreiben, Newsletter usw. können die Parteien eigenverantwortlich erstellen und verteilen.

#### **11. Paritätische Kommission**

Zur Umsetzung des MC-Systems vereinbaren die Parteien die Einsetzung einer paritätischen Kommission. Sie übernimmt die ihr von den Parteien zugewiesenen Koordinations- und Überwachungsaufgaben im operativen Betrieb des MC-Systems. Sie trifft sich ein bis zwei Mal jährlich.

Die Einzelheiten über die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung der Kommission regeln die Vertragsparteien separat.

## **Anhang 8 – Vollmacht**

---

### **1. Zweck**

Auf Wunsch von Visana soll zur administrativen Vereinfachung mit den Berner Netzwerken nur eine einzige Rahmenvereinbarung abgeschlossen werden. ] tritt als Betriebsgesellschaft auf und übernimmt die delegierten Aufgaben gemäss Anhang 6. In diesem Anhang 8 bestätigt das Netzwerk, dass es die im Anhang 6 aufgeführten Aufgaben ] übertragen hat.

### **2. Grundlage**

Grundlage der Geschäftsbeziehung zwischen ] und dem Netzwerk bildet der abgeschlossene Dienstleistungsvertrag.

### **3. Erklärung**

Das Netzwerk erklärt, dass ] diesen Vertrag in seinem Namen und Auftrag, sowie auf seine Rechnung unterzeichnet.

Ort und Datum:

---

**XY-net**

---

Präsident

---

Sekretär

## **ANHANG 5 - ZIELVEREINBARUNG UND FINANZIELLE ABGELTUNG**

### **1. Ausgangslage**

Für den in einem Managed-Care System anfallenden Steuerungsaufwand zahlt Visana eine Systemleistung an das Netzwerk. Diese Pauschale deckt die Kosten für folgende Leistungen:

#### **Medizinische Leistungen**

- Entschädigung für strukturierte, auf bereichsübergreifendes Care Management fokussierte Fortbildung der beteiligten Netzärzte, zum Beispiel im Rahmen von regelmässig stattfindenden Qualitätszirkeln
- Organisation der Qualitätszirkel-Arbeit (Vorbereitung / Moderation / Follow-up und Protokollierung)
- Erarbeiten von Behandlungsrichtlinien (sog. Guidelines) für Netzwerk-Ärzte und Behandlungsempfehlungen für Versicherte / Patienten (sog. Patientendossiers)
- Entwicklung, Implementierung und laufende Optimierung von Behandlungsmanagementprogrammen (sog. Disease Management und Care / Case Management)
- Entwicklung und Umsetzung von Qualitätskontrollwerkzeugen.
- Sektorübergreifende Betreuung von Hausarztversicherten, d.h. enge Koordination mit Spezialisten, Spitalärzten und nachgelagerten Versorgungsstufen (Rehabilitation)
- Gate keeping

#### **Management Aufgaben**

- Netzentwicklung und Netzführung
- Leistungscontrolling mit den dazu notwendigen Voraussetzungen (EDV-Hard- und Software, Wartung, Qualitätskontrolle); Rücksprache mit Visana/Abklärungen/laufende Prozessoptimierungsanstrengungen.
- Ausbildung der Vertragspartner über das Modell
- Vertragsverhandlungen und -Controlling
- Managementausbildung der ärztlichen Netzleiter (inkl. Abgeltung des Erwerbsausfalls), z.B. Moderation / Finanzwesen / Marketing / Kommunikation
- Jährliches Reporting der Qualitätszirkel-Arbeit

#### **Weitere Leistungen**

- Beeinflussung der politischen Rahmenbedingungen zwecks Förderung des Gatekeeper-Prinzips mit Budgetmitverantwortung als richtungweisendes Finanzierungskonzept
- Regelmässige Publizität in den Massenmedien über Optimierungspotenziale in der Medizin (Tarifmissbrauch, „weniger ist manchmal mehr“, in-Frage-Stellung der zunehmenden Medikation der Bevölkerung, Generika-Thematik).

### **2. Datengrundlage für das Netzwerk-Budget**

Zur Berechnung des Netzwerk-Budgets dient die durch die 'Gemeinsame Einrichtung KVG' erstellte Risikoausgleichsstatistik des entsprechenden Jahres als Referenz. Die Risikoausgleichsstatistik beinhaltet die Durchschnittskosten aller Versicherten pro Alter, Geschlecht, Krankheitsrisiko je Kanton und wird im Regelfall im Juli des nachfolgenden Jahres veröffentlicht.

### **3. Berechnung des Netzwerk-Budgets**

Zur Berechnung des Netzwerks-Budgets werden die Kosten aus der Risikoausgleichsstatistik für den Wohnsitzkanton nach Alter, Geschlecht und Krankheitsrisiko auf der Basis von Versichertenmonaten standardisiert. Dabei werden die pmpm-Kosten des Risikoausgleichs mit

der Anzahl Versichertenmonaten des MC-Kollektivs pro Alters- und Geschlechtsklasse multipliziert und über alle Alters- und Geschlechtsklassen aufsummiert (= Risikoausgleich Brutto).

Zur Berechnung des Netzwerks-Budgets wird das Einsparziel und die Grossrisikoversicherung vom errechneten Betrag "Risikoausgleich Brutto" abgezogen.

	Risikoausgleich Brutto
-	Einsparziel
-	Grossrisikoversicherung
=	Netzwerk-Budget

#### 4. Grossrisikoversicherung

Das Risiko kostenintensiver Versicherter wird von Visana „rückversichert“. Dabei gilt folgende Berechnungsart:

- Leistungen bis \_\_\_\_\_ pro Versicherten und Jahr gehen voll zu Lasten des Netzwerks
- Leistungen über \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ gehen mit 5% zu Lasten des Netzwerks
- Leistungen über \_\_\_\_\_ gehen mit 1% zu Lasten des Netzwerks

Die übersteigenden Bruttobehandlungskosten pro Jahr und MC-Versicherten werden durch Visana „rückversichert“. Die Prämie ist ein Prozentsatz des Netzwerks-Budgets. Die Grossrisikoprämie basiert auf den effektiv übersteigenden Behandlungskosten pro Versicherten und Jahr im Versichertenbestand von Visana im Kanton BE in Relation zur identisch gerechneten Budget über den ganzen Kanton aller Visana-Versicherten nach dieser Rahmenvereinbarung.

Die Prämie der Grossrisikoversicherung wird jährlich, dem Versichertenkollektiv des Berechnungsjahres entsprechend, neu berechnet.

#### 5. Erfolgsbemessung

Das Netzgergebnis berechnet sich aus dem 'Netzwerk-Budget' minus den 'IST-Kosten OKP' minus den 'Systemkosten'. Das Netzgergebnis wird zwischen Visana und dem Netzwerk hälftig aufgeteilt (50/50). Der maximale Anteil des Netzwerks ist sowohl im positiven wie im negativen Fall auf CHF \_\_\_\_\_ pmpm begrenzt.

	Netzwerk-Budget
-	OKP-Bruttokosten der MC-Versicherten
-	Systemkosten
=	Netzgergebnis

Die IST-Kosten OKP sind Grossrisiko bereinigt und nach dem Behandlungsdatum für das Berechnungsjahr und die MC-Versicherten des Netzwerks abgegrenzt. Die OKP-Bruttokosten beziehen sich auf die MC-Versicherten mit entsprechender Versicherungsdeckung sowie dem aktiven Ärztstamm des Netzwerks im Berechnungsjahr.

Nicht veranlasste Leistungen, Kulanzzahlungen von Visana sowie Leistungen, welche erst nach der Schlussabrechnung Visana in Rechnung gestellt werden, werden dem Netzwerk-Ergebnis nicht belastet.



## 6. Leistungsabwicklung

Die Leistungen werden weiterhin nach dem Einzelleistungsprinzip auf der Basis des KVG-Tarifes erbracht.

Die Erfolgsbemessung findet im dritten Quartal des nachfolgenden Jahres statt. Das Netzergebnis wird von Visana bis am 31.10. des Folgejahres berechnet und dokumentiert. Dafür werden die bis zum 31.08. abgerechneten und nach Behandlungsdatum abgegrenzten OKP-Bruttokosten berücksichtigt. Das Netzwerk muss dieses innerhalb 60 Tagen nach Erhalt genehmigen oder beanstanden. Die Auszahlung der Erfolgsbeteiligung an das Netzwerk respektive die Einzahlung der Verlustbeteiligung des Netzwerks an Visana, hat bis am 30.11. (Auszahlung Erfolgsbeteiligung) resp. 31.12. (Einzahlung Verlustbeteiligung) zu erfolgen. Die durch den Geldfluss freigesetzten Geldmittel (zu Gunsten oder zu Lasten des Netzwerks/Visana) werden durch die PonteNova koordiniert.

Der Steuerungs- und Systemaufwand wird anteilmässig je Quartal mit einer Akontozahlung dem Netzwerk entrichtet. Als Grundlage zur Berechnung gelten der Versichertenbestand und die Bruttokosten des Vorjahres gemäss der Risikoausgleichstatistik. Stichdatum ist jeweils der 31.3., 30.6. und 30.9. Für das letzte Quartal erstellt Visana eine provisorische Schlussabrechnung. Die Fälligkeit des Steuerungs- und Systemaufwand ist jeweils 1 Monat nach Quartalsende. Die provisorische Schlussabrechnung ist jeweils bis Ende März des Folgejahres fällig. Die definitive Abrechnung der Steuerungs- und Systemaufwand erfolgt im Rahmen der Berechnung des Netzergebnisses.

## 7. Zielvereinbarung

<b>Einsparziel:</b>	15% des Risikoausgleichs-Brutto
<b>Systemkosten:</b>	CHF pro Versichertenmonat (pmpm)
<b>Grossrisiken:</b>	gemäss separater Berechnung

Die Parameter der Zielvereinbarung werden periodisch überprüft und gegebenenfalls im gegenseitigen Einverständnis angepasst.