



Gemeinsame Einrichtung KVG
Institution commune LAMal
Istituzione comune LAMal

Leitfaden Datenlieferung für den Risikoausgleich PCG

Erster Probelauf

(Version 1.1)

Anmerkung:

Alle in diesem Dokument verwendeten personenbezogenen Ausdrücke (z.B. "Grenzgänger") umfassen Frauen und Männer gleichermassen.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| 1. Grundsätzliches..... | 2 |
| 1.1 Geltungsbereich | 2 |
| 1.2 Zu liefernde Daten | 2 |
| 2. Zu berücksichtigende Versicherte..... | 3 |
| 3. Inhalt der zu liefernden Daten..... | 3 |
| 3.1 AHV-Nummer | 3 |
| 3.2 Geburtsjahr / Geschlecht | 4 |
| 3.3 Wohnkanton | 4 |
| 3.4 Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim..... | 4 |
| 3.4.1 Stationäre Aufenthalte in der Schweiz..... | 5 |
| 3.4.2 Stationäre Aufenthalte im Ausland im Rahmen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit | 5 |
| 3.4.3 Über den Jahreswechsel andauernder Aufenthalt | 6 |
| 3.4.4 Aufenthalte infolge Mutterschaft | 6 |
| 3.4.5 Durch die Zusatzversicherung finanzierte Spital- oder Pflegeheimaufenthalte | 7 |
| 3.4.6 Spital- oder Pflegeheimaufenthalte infolge Unfall | 7 |
| 3.4.7 Spital- oder Pflegeheimaufenthalte bei Verlegungen | 7 |
| 3.4.8 Aufenthalt in einer Nachtklinik | 7 |
| 3.5 Arzneimittel..... | 7 |
| 3.5.1 Im Ausland gekaufte Arzneimittel | 8 |
| 3.5.2 Über Zusatzentgelte des Fallpauschalenkatalogs vergütete Arzneimittel | 8 |
| 3.5.3 Pauschalvergütung der Arzneimittelabgabe in Pflegeheimen | 8 |
| 3.6 Packungsanzahl | 8 |
| 3.6.1 Plausibilisierung und Korrektur der Packungsanzahl..... | 9 |
| 3.6.2 Packungsgrößen "Grand Frère" | 9 |
| 3.7 Versicherungsmonate..... | 9 |
| 3.7.1 Angebrochene Versicherungsmonate | 10 |
| 3.7.2 Versicherungsmonate von Militärdienst leistenden Versicherten | 11 |
| 3.8 Kosten | 11 |
| 3.8.1 Kosten von HMO-Versicherten..... | 12 |
| 3.9 Kostenbeteiligung | 12 |
| 4. Technische Vorgaben für die Datenlieferung | 13 |
| 4.1 Struktur der zu liefernden Daten | 13 |
| 4.2 Allgemeine Regeln für die zu importierende Datei | 14 |
| 4.3 Beispiel einer Importdatei | 16 |
| 5. Kontaktperson | 16 |
| Anhang..... | 17 |

1. Grundsätzliches

1.1 Geltungsbereich

Der Risikoausgleich mit pharmazeutischen Kostengruppen (Risikoausgleich PCG) gilt für die **obligatorische Krankenpflegeversicherung**, einschliesslich der besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 41 Absatz 4 und 62 KVG.

1.2 Zu liefernde Daten

Für den Risikoausgleich PCG sind **Individualdaten** zu liefern. Für jeden Versicherten sind die folgenden Daten zu liefern:

| |
|---|
| AHV-Nummer (wird von SORA PCG pseudonymisiert) |
| Geburtsjahr |
| Geschlecht |
| Wohnkanton |
| Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim (ja/nein) |
| GTIN-Code pro Arzneimittel, welches im Zeitpunkt der Abgabe auf der Spezialitätenliste (SL) war und dessen Kosten von der OKP übernommen wird |
| Anzahl Packungen pro Arzneimittel, welches im Zeitpunkt der Abgabe auf der SL war und dessen Kosten von der OKP übernommen wird |
| Versicherungsmonate |
| Bruttokosten |
| Kostenbeteiligung |

Für den Risikoausgleich PCG sind jeweils die Daten des letzten sowie des vorletzten Kalenderjahres in **getrennten Datenfiles** zu liefern. Sämtliche Angaben, d.h. auch die Angaben in Bezug auf den Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim und die bezogenen Arzneimittel, müssen sich in einem Datenfile auf das **gleiche Kalenderjahr** beziehen.

Für den ersten Probelauf, welcher im Jahr 2018 durchgeführt wird, sind die **Daten der Jahre 2016 und 2017** zu liefern. Gemäss Art. 6 Abs. 4 rev. VORA sind jeweils die bis Ende Februar des Datenlieferungsjahres abgerechneten Leistungen und erfassten Änderungen des Versichertenbestandes zu berücksichtigen.

Massgebend für die Lieferung der Daten 2016 und 2017
im ersten Probelauf ist somit der Datenstand am

28. Februar 2018

2. Zu berücksichtigende Versicherte

In den zu liefernden Daten sind die Versicherten wie folgt zu berücksichtigen:

| Versichertenkategorie | Berücksichtigung |
|--|------------------|
| Versicherte mit Wohnort in der Schweiz ¹ | Ja |
| <u>Ausnahmen:</u> - Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung, welche sich in der Schweiz aufhalten und Sozialhilfe beziehen (Art. 105a KVG). - Militärversicherte (mehr als 60 aufeinanderfolgende Tage der Militärversicherung unterstellt) für die Dauer der Unterstellung. | Nein |
| Versicherte mit temporärem Wohnort im Ausland: Entsandte Arbeitnehmer (Art. 4 KVV) ² und Personen im öffentl. Dienst mit Aufenthalt im Ausland (Art. 5 KVV) ² | |
| • Zivilrechtlicher Wohnsitz in der Schweiz (Erhebung einer "CH-Prämie") ³ | Ja |
| • Zivilrechtlicher Wohnsitz im Ausland (Erhebung einer EU-/EFTA-Prämie oder einer anderen "Nicht-CH-Prämie") ³ | Nein |
| Versicherte mit Wohnort in einem EU-Staat bzw. Island oder Norwegen | |
| • Arbeitsort in der Schweiz (Grenzgänger) ⁴ | Nein |
| • Empfänger der Leistung einer schweizerischen Arbeitslosenversicherung ⁴ | Nein |
| • Empfänger einer schweizerischen Rente ⁴ | Nein |
| • Nicht erwerbstätige Familienangehörige von in der Schweiz wohnenden und erwerbstätigen Personen | Nein |
| • Rheinschiffer ⁴ | Nein |
| • Wohnort in Enklaven Büsingen (D) und Campion Italia (I) | Nein |
| Versicherte mit Wohnort in Liechtenstein (mit oder ohne Arbeitsort in der Schweiz) | Nein |

¹ Inkl. anerkannte Flüchtlinge (Personen mit positivem Asylentscheid) und "Sans-Papiers"

² Sowie die sie begleitenden Familienangehörigen

³ Vgl. Rundschreiben des BAG vom 19. Dezember 2012

⁴ Inkl. deren nicht erwerbstätige Familienangehörige

Bei Versicherten, welche ihre Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht bezahlt haben, bleibt das Versicherungsverhältnis weiterhin bestehen. Sie sind deshalb in der Datenlieferung normal zu berücksichtigen. Das Gleiche gilt für Versicherte, deren Prämie verbilligt oder vollständig erlassen ist sowie für Versicherte mit Prämiegutschrift.

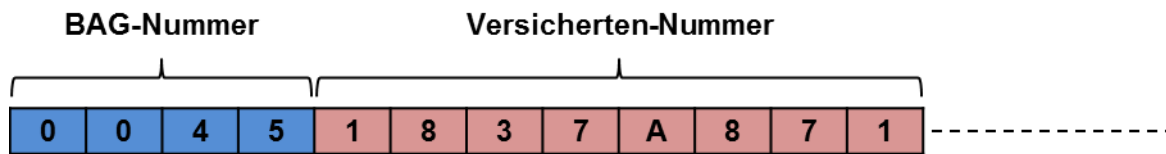
3. Inhalt der zu liefernden Daten

3.1 AHV-Nummer

Für jeden Versicherten ist die AHV-Nummer anzugeben. Diese AHV-Nummer wird vor der Übermittlung der Daten an die Gemeinsame Einrichtung KVG durch die Software SORA PCG pseudonymisiert.

Mit der pseudonymisierten AHV-Nummer können die Daten der Versicherten über die Jahre hinweg zusammengeführt werden.

Für Versicherte **ohne AHV-Nummer** ist eine Ersatznummer wie folgt zu bilden:



Die ersten vier Ziffern der Ersatznummer müssen immer der BAG-Nummer des Versicherers entsprechen (mit führenden Nullen). Die Länge der Ziffernfolge ist irrelevant.

Versicherten-Nummer = alphanumerisch, jedoch immer **ohne ein Semikolon (;)**

3.2 Geburtsjahr / Geschlecht

Für jeden Versicherten sind das Geburtsjahr sowie das Geschlecht anzugeben. Diese Angaben dienen der Risikogruppenzuordnung der einzelnen Versicherten.

Hat ein Versicherter sein Geschlecht während des massgebenden Kalenderjahres geändert (mit oder ohne operative Veränderung am Körper), so gilt in der Datenlieferung für das ganze Kalenderjahr das "neue" Geschlecht.

3.3 Wohnkanton

In der Datenlieferung sind sämtliche Kantone zu berücksichtigen, in welchen der Versicherte im für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr gewohnt hat.

3.4 Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim

Bei jedem Versicherten ist anzugeben, ob er im für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr einen Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim mit der Dauer von **mindestens drei aufeinanderfolgenden Nächten** aufwies.

Zu berücksichtigen ist ein Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim gemäss den Artikeln 39 und 49a Absatz 4 KVG (Vertragsspital), sofern für diesen Aufenthalt Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht wurden.

Es ist nicht entscheidend, in welchem Kanton der Aufenthalt stattfand. Es ist auch unerheblich, ob der Versicherte einen oder mehrere Aufenthalte von mindestens drei aufeinanderfolgenden Nächten im massgebenden Kalenderjahr aufweist.

Wichtig!

Sämtliche Angaben in der Datenlieferung müssen das gleiche Kalenderjahr betreffen, so auch die Angaben zu Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim.

Bsp.: Bei der Lieferung der Daten 2017 für den Risikoausgleich PCG sind die Aufenthalte im Kalenderjahr 2017 relevant.

Für die Zuteilung der stationären Aufenthalte auf die Kalenderjahre ist das Behandlungsdatum massgebend. In Bezug auf die Zuteilung von über den Jahreswechsel andauernden Aufenthalten sind die Bestimmungen in Kapitel 3.4.3 zu beachten.

3.4.1 Stationäre Aufenthalte in der Schweiz

Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim gemäss Art. 39 KVG (Listen) und Aufenthalte in einem Vertragsspital nach Art. 49 Abs. 4 KVG sind im Risikoausgleich PCG zu berücksichtigen.

Die **letzten zwei Ziffern der ZSR-Nummern** von Leistungserbringern in der Schweiz, d.h. auch von Spitälern oder Pflegeheimen, entsprechen der Kantonsnummer des jeweiligen Standortkantons (01 - 26) oder der Zahl 31.

Beispiele:

| Leistungserbringer in der Schweiz | Standortkanton | ZSR-Nr. |
|-----------------------------------|------------------|----------|
| Kantonsspital Liestal | Basel-Landschaft | N7148.13 |
| Lindenhofspital | Bern | G7112.02 |
| Hôpital du Jura | Jura | R7006.26 |
| Kantonsspital Schaffhausen | Schaffhausen | Y7001.14 |
| Senevita Residenz Nordlicht | Zürich | D0158.31 |

3.4.2 Stationäre Aufenthalte im Ausland im Rahmen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit

Stationäre Aufenthalte im Ausland sind in der Datenlieferung nicht zu berücksichtigen. Davon ausgenommen sind jedoch die stationären Aufenthalte im Ausland im Rahmen von Programmen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit (bisher vom EDI bewilligte befristete Pilotprojekte gemäss Art. 36a KVV). Auf den 1. Januar 2018 wurde dafür im KVG eine Gesetzesgrundlage geschaffen und auf Verordnungsstufe wurden die Voraussetzungen angepasst. Seither können weitere unbefristete Programme zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zur Kostenübernahme durch die schweizerische Krankenversicherung beantragt werden. Diese Aufenthalte sind im Risikoausgleich zu berücksichtigen.

Die bewilligten, grenzüberschreitenden Programme betreffen folgende Spitäler und Kliniken im Ausland:

| Programm Kanton St. Gallen / Liechtenstein: | ZSR-Nr. |
|---|----------|
| Liechtensteinisches Landesspital, FL-9490 Vaduz | M7030.27 |
| Programm Kantone BS und BL / Landkreis Lörrach: | ZSR-Nr. |
| Breisgau-Klinik, DE-79189 Bad Krozingen | K0023.92 |
| Kreiskrankenhaus Lörrach, DE-79539 Lörrach | A0011.92 |
| Markgräflerland-Klinik, DE-79415 Bad Bellingen | L0006.92 |
| MediClin Seidel-Klinik, DE-79415 Bad Bellingen | R0034.92 |
| PARK-Klinikum, DE-79189 Bad Krozingen | Z0002.92 |

| | |
|--|----------|
| Rehabilitations-Klinik Park-Therme, DE-79410 Badenweiler | B0020.92 |
| Reha-Klinik Hausbaden, DE-79410 Badenweiler | N0024.92 |
| Rheintalklinik GmbH & Co Porten KG, DE-79189 Bad Krozingen | I0005.92 |
| St. Elisabethen-Krankenhaus GmbH, DE-79539 Lörrach | E0021.92 |

3.4.3 Über den Jahreswechsel andauernder Aufenthalt

Für die Zuteilung eines Aufenthalts auf die Kalenderjahre ist der Zeitraum des Aufenthalts massgebend. Ein Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim kann jedoch **über den Jahreswechsel andauern**. In Art. 3 Abs. 4 rev. VORA ist die Zuteilung des über den Jahreswechsel andauernden Aufenthalts auf die betroffenen Kalenderjahre wie folgt geregelt:

- Die Nacht vom 31. Dezember auf den 1. Januar wird dem Eintrittsjahr zugerechnet.
- Ein Aufenthalt mit einer Dauer von **drei bis fünf** aufeinanderfolgenden Nächten wird dem Jahr zugerechnet, in dem die **Mehrzahl** der Übernachtungen angefallen ist.
- Bei **je zwei** Nächten wird der Aufenthalt dem **Eintrittsjahr** zugerechnet.
- Bei einem Aufenthalt mit einer Dauer von **mehr als fünf Nächten** wird die Aufenthaltsdauer bis Ende des Kalenderjahres angerechnet. Die Fortdauer des Aufenthaltes im neuen Kalenderjahr wird diesem zugerechnet.

3.4.4 Aufenthalte infolge Mutterschaft

Gemäss Art. 3 Abs. 3 rev. VORA sind **Aufenthalte wegen Mutterschaft nach Art. 29 Abs. 2 Bst. b KVG** (d.h. Aufenthalte im Spital oder Geburtshaus mit Entbindung) im Risikoausgleich **nicht zu berücksichtigen**. Dabei ist nicht relevant, ob die Entbindung mit oder ohne Komplikation verläuft.

Aufenthalte von gesunden Neugeborenen, welche sich mit der Mutter im Spital aufhalten (Art. 29 Abs. 2 Bst. d KVG), werden von den Versicherern oftmals über die Mutter abgerechnet. Diese Abrechnungsmethode darf nicht zu einer Berücksichtigung dieser Aufenthalte im Risikoausgleich führen.

Um eine Berücksichtigung von Aufenthalten wegen Mutterschaft nach Art. 29 Abs. 2 Bst. b KVG sowie von Aufenthalten von gesunden Neugeborenen in Ihrer Datenlieferung für den Risikoausgleich auszuschliessen, sind diese Aufenthalte möglichst auf der Basis der jeweiligen **DRG-Codes** zu ermitteln. Gemäss SwissDRG-Version 5.0 (Abrechnungsversion 2016) sowie SwissDRG-Version 6.0 (Abrechnungsversion 2017) lauten die DRG-Codes für Aufenthalte infolge Mutterschaft mit Entbindung sowie für Aufenthalte von gesunden Neugeborenen wie folgt:

| DRG-Codes für Aufenthalte infolge Mutterschaft mit Entbindung sowie für Aufenthalte von gesunden Neugeborenen | | | | | | | |
|--|------|------|------|------------|------|------|------|
| Daten 2016 | | | | Daten 2017 | | | |
| O01A | O02A | O60A | P66D | O01A | O02A | O60A | P66D |
| O01B | O02B | O60B | P67D | O01B | O02B | O60B | P67D |
| O01C | | O60C | | O01C | | O60C | |
| O01D | | O60D | | O01D | | O60D | |
| O01E | | | | O01E | | | |
| O01F | | | | O01F | | | |
| | | | | O01G | | | |

3.4.5 Durch die Zusatzversicherung finanzierte Spital- oder Pflegeheimaufenthalte

Spital- oder Pflegeheimaufenthalte, welche **ausschliesslich** aus der Zusatzversicherung finanziert wurden, sind in der Datenlieferung **nicht zu berücksichtigen**.

3.4.6 Spital- oder Pflegeheimaufenthalte infolge Unfall

Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim infolge eines **Unfalles**, welche mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte andauern, sind in der Datenlieferung **zu berücksichtigen**, sofern diese Aufenthalte **nicht** über eine **Unfallversicherung** finanziert werden.

3.4.7 Spital- oder Pflegeheimaufenthalte bei Verlegungen

Bei Spital- bzw. Pflegeheimverlegungen (z.B. ein Tag Notfallaufenthalt in Spital A, anschliessend Verlegung für drei Tage in das Spital B) gelten die aufeinanderfolgenden Aufenthaltstage bzw. -nächte als **ein einziger Aufenthalt**, auch wenn diese in **unterschiedlichen** Spitälern bzw. Pflegeheimen erfolgen.

3.4.8 Aufenthalt in einer Nachtambulanz

Gemäss Art. 5 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitälern, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) handelt es sich bei Aufenthalten in Nachtambulanzen um ambulante Behandlungen. Ein Aufenthalt in einer Nachtambulanz eines Spitals, auch wenn dieser mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte dauert, ist somit in den Datenlieferungen für den Risikoausgleich **nicht zu berücksichtigen**.

3.5 Arzneimittel

In der Datenlieferung sind für jeden Versicherten sämtliche Arzneimittel anzugeben, für welche jeweils folgende vier Bedingungen erfüllt sind:

- Die Arzneimittel wurden im für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr an den Versicherten abgegeben;
- Die Arzneimittel waren im für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr **im Abgabepunkt** auf der SL gelistet;
- Die Kosten der Arzneimittel wurden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen;

- Die Arzneimittel sind nicht in einer Pauschale nach Artikel 49 Absatz 1 KVG enthalten.

Wichtig!

Sämtliche Angaben in der Datenlieferung müssen das gleiche Kalenderjahr betreffen, so auch die Angaben betreffend Arzneimittel.

Bsp.: Bei der Lieferung der Daten 2017 für den Risikoausgleich PCG sind die im Kalenderjahr 2017 abgegebenen Arzneimittel relevant (nicht Vorjahres-Arzneimittel-Konsum).

Für die Zuteilung der abgegebenen Arzneimittel auf die Kalenderjahre ist das Datum der Abgabe massgebend (Art. 5 Abs. 4 rev. VORA).

In der Datenlieferung sind die Arzneimittel mit dem GTIN-Code anzugeben. Bis zur Datenlieferung im Jahr 2023 kann jedoch anstelle des GTIN-Codes auch der Pharmacode geliefert werden (Art. 32 Abs. 3 rev. VORA).

3.5.1 Im Ausland gekaufte Arzneimittel

Gemäss Art. 5 Abs. 2 Bst. b rev. VORA werden für die Einteilung in eine PCG nur Arzneimittel berücksichtigt, die zum Zeitpunkt der Abgabe auf der SL waren. Die in der SL gelisteten Arzneimittel sind über den GTIN- und/oder den Pharmacode eindeutig identifizierbar und entsprechen der in der Schweiz zugelassenen Version eines Produktes. Im Ausland gekaufte Arzneimittel erfüllen diese Voraussetzung nicht und sind deshalb nicht zu berücksichtigen.

3.5.2 Über Zusatzentgelte des Fallpauschalenkatalogs vergütete Arzneimittel

Gemäss Art. 5 Abs. 2 Bst. d rev. VORA dürfen Arzneimittel berücksichtigt werden, die nicht in einer Pauschale nach Art. 49 Abs. 1 KVG enthalten sind. Bestimmte Leistungen (z.B. kostenintensive Behandlungsmethoden oder teure Arzneimittel) werden im stationären Bereich nicht über die Fallpauschale, sondern separat mit einem im Fallpauschalenkatalog definierten Zusatzentgelt vergütet. Zusatzentgelte sind jedoch immer ein Teil der Gesamtvergütung und damit integraler Teil der Fallpauschalen-Finanzierung. Über Zusatzentgelte des Fallpauschalenkatalogs vergütete Arzneimittelbezüge sind deshalb nicht zu berücksichtigen.

3.5.3 Pauschalvergütung der Arzneimittelabgabe in Pflegeheimen

In verschiedenen Kantonen wird die Arzneimittelabgabe an die Pflegeheimbewohner über Pauschalen vergütet. Trotz dieser Pauschalvergütung ist in der Datenlieferung an die Gemeinsame Einrichtung KVG die effektive Arzneimittelabgabe an die einzelnen Pflegeheimbewohner zu berücksichtigen.

3.6 Packungsanzahl

Für jeden Versicherten ist die Anzahl der im für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr an ihn abgegebenen Packungen der SL-Arzneimittel anzugeben.

Die Packungsanzahl ist jeweils mit zwei Stellen nach dem Komma anzugeben (kaufmännisch gerundet).

3.6.1 Plausibilisierung und Korrektur der Packungsanzahl

Die Erfahrungen der Versicherer zeigen, dass die auf den Abrechnungen der Leistungserbringer enthaltene Zahl der abgegebenen Arzneimittelpackungen fehlerhaft sein kann. Für die Plausibilisierung und Korrektur der vom Leistungserbringer angegebenen Packungsanzahl hat die Gemeinsame Einrichtung KVG in Zusammenarbeit mit Versicherern und dem BAG folgendes Verfahren festgelegt:

1. Der Versicherer plausibilisiert die vom Leistungserbringer angegebene Packungsanzahl, indem er für jedes abgegebene Arzneimittel den vom Leistungserbringer für das Arzneimittel in Rechnung gestellten Betrag durch den im Zeitpunkt der Abgabe geltenden Publikumspreis (auf der Spezialitätenliste enthalten) dividiert. Das Resultat ist jeweils die berechnete Packungsanzahl.
2. Es ist nun wie folgt vorzugehen:

| Folgende Bedingung ist erfüllt: | Vorgehen: |
|--|--|
| Angegebene Packungsanzahl $\leq 1.5 \times$ berechnete Packungsanzahl oder Angegebene Packungsanzahl $\geq 0.5 \times$ berechnete Packungsanzahl | Die vom Leistungserbringer angegebene Packungsanzahl ist zu berücksichtigen. |
| Angegebene Packungsanzahl $> 1.5 \times$ berechnete Packungsanzahl oder Angegebene Packungsanzahl $< 0.5 \times$ berechnete Packungsanzahl | Die berechnete Packungsanzahl ist zu berücksichtigen. |

3.6.2 Packungsgrössen "Grand Frère"

Gemäss Art. 5 Abs. 2 Bst. b rev. VORA werden im Risikoausgleich PCG nur Arzneimittel berücksichtigt, welche im Zeitpunkt der Abgabe an den Versicherten auf der SL waren.

Packungsgrössen, die nicht auf der SL gelistet sind ("Grand-Frère"), werden im Risikoausgleich nicht berücksichtigt.

3.7 Versicherungsmonate

Für jeden Versicherten ist die Anzahl der Versicherungsmonate anzugeben, während denen er in dem für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unterstellt war.

Berücksichtigt werden dürfen lediglich Monate, während denen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein Versicherungsverhältnis bestanden hat. Monate, während denen die obligatorische Krankenpflegeversicherung sistiert war, sind in der Datenlieferung nicht zu berücksichtigen (vgl. auch Kapitel 3.7.2).

Wechselt ein Versicherter seinen Wohnkanton innerhalb eines Kalenderjahres, so müssen dessen Versicherungsmonate korrekt auf die einzelnen Wohnkantone aufgeteilt werden.

Gemäss Art. 6 Abs. 4 rev. VORA sind in der Datenlieferung die bis zwei Monate vor Ablauf der Frist für die Datenlieferung (d.h. bis Ende Februar des Datenlieferungsjahres) erfassten Änderungen des Versichertenbestandes zu berücksichtigen.

3.7.1 Angebrochene Versicherungsmonate

Versicherungsverhältnisse können innerhalb eines Kalendermonats beginnen oder enden (z.B. Wegzug ins Ausland, Wohnsitznahme in der Schweiz, Tod, Sistierung der Versicherungspflicht infolge Unterstellung unter Militärversicherung usw.).

Aufgrund des BGE 142 V 87, **Urteil des Bundesgerichts vom 3. Dezember 2015**, gilt für den Beginn und das Ende der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Grundsatz der Teilbarkeit der Monatsprämie. Somit werden die angebrochenen Versicherungsmonate bei Beginn und Ende der Versicherungsdeckung in der Datenlieferung wie folgt berücksichtigt:

Für jeden Versicherten wird die Zahl der Tage mit Versicherungsdeckung in den angebrochenen Kalendermonaten durch 30 dividiert. Anschliessend wird pro Versicherten die Gesamtzahl der Monate ermittelt. Die Gesamtzahl der Monate pro Versicherten ist mit zwei Stellen nach dem Komma anzugeben (kaufmännisch gerundet).

Beispiel (Divisor = 30):

| Versicherte | Versicherungs- Deckung | Ganze Monate | Anzahl Tage mit Versicherungs- deckung in ange- brochenen Mona- ten | Angebrochene Monate in Dezimalen | In Datenlieferung zu berücksichtigende Anzahl Monate |
|----------------|---------------------------|-----------------|---|-------------------------------------|--|
| Versicherter A | 1.01. – 31.12.2017 | 12 | 0 | 0,000 | 12,00 |
| Versicherter B | 1.01. – 15.02.2017 | 1 | 15 | 0,500 (15/30) | 1.50 |
| Versicherter C | 1.01. – 28.04.2017 | 3 | 28 | 0.933 (28/30) | 3.93 |
| Versicherter E | 1.02. – 13.08.2017 | 6 | 13 | 0.433 (13/30) | 6.43 |

Für Versicherer, welche ihre Systeme so programmiert haben, dass die angebrochenen Monate in Dezimalen der einzelnen Versicherten mit der **genauen Gesamtzahl der Tage in den jeweiligen Kalendermonaten** ermittelt werden können, ist auch folgendes Vorgehen zulässig:

Beispiel (Divisor = genaue Gesamtzahl der Tage):

| Versicherte | Versicherungs- deckung | Ganze Monate | Anzahl Tage mit Versicherungs- deckung in ange- brochenen Mona- ten | Angebrochene Monate in Dezimalen | In Datenlieferung zu berücksichtigende Anzahl Monate |
|----------------|---------------------------|-----------------|---|-------------------------------------|--|
| Versicherter A | 1.01. – 31.12.2017 | 12 | 0 | 0,000 | 12,00 |
| Versicherter B | 1.01. – 15.02.2017 | 1 | 15 | 0,535 (15/28) | 1.54 |
| Versicherter C | 1.01. – 28.04.2017 | 3 | 28 | 0.933 (28/30) | 3.93 |
| Versicherter E | 1.02. – 13.08.2017 | 6 | 13 | 0.419 (13/31) | 6.42 |

Achtung: Das Urteil des Bundesgerichts vom 3. Dezember 2015 gilt für Sachverhalte des Beginns und Endes der Versicherungsdeckung. Das Urteil gilt nicht für Wohnsitzwechsel bzw. Wechsel des Wohnkantons innerhalb der Schweiz.

3.7.2 Versicherungsmonate von Militärdienst leistenden Versicherten

Gemäss Art. 3 Abs. 4 KVG ist die Versicherungspflicht für Personen, welche **während mehr als 60 aufeinanderfolgenden Tagen** dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (MVG) unterstellt sind, für die Dauer der Unterstellung **zu sistieren**. Diese Personen sind somit für die Dauer der Unterstellung unter die Militärversicherung in der Datenlieferung für den Risikoausgleich **nicht zu berücksichtigen**. Wenn eine Person zwei aufeinanderfolgende militärische Dienstleistungen absolviert, welche zeitlich nur durch ein Wochenende getrennt sind, gilt dies als **zusammenhängende Dienstleistungsperiode**.

Die Sistierung der Versicherungspflicht nach KVG kann bei Personen, welche für eine bestimmte Zeit dem MVG unterstellt sind, auch innerhalb eines Kalendermonates beginnen oder enden. Die Berücksichtigung dieser "**angebrochenen Monate**" ist im Kapitel 3.7.1 geregelt.

3.8 Kosten

Für jeden Versicherten müssen die **Bruttokosten** (d.h. Kosten vor Abzug der Kostenbeteiligung) für die im massgebenden Kalenderjahr erbrachten Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemeldet werden. Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind in Art. 25 bis 31 KVG, nach Massgabe der in den Artikeln 32 - 34 festgelegten Voraussetzungen, abschliessend geregelt. Leistungen aus der Zusatzversicherung dürfen nicht berücksichtigt werden.

Bei Bewohnern in gewissen Pflegeheimen (z.B. im Kanton Freiburg) vergüten die Versicherer die Arzneimittel mittels vertraglich vereinbarter Pauschalen. In diesen Fällen ist für den Risikoausgleich die Höhe der Pauschalvergütungen für die Arzneimittelabgabe und nicht der Preis gemäss SL zu berücksichtigen.

Für die Zuteilung der Kosten auf die Kalenderjahre ist das **Behandlungsdatum** massgebend. Hat die Behandlung über den Jahreswechsel hinaus andauert, sind die Kosten exakt auf die betroffenen Kalenderjahre aufzuteilen (d.h. pro rata temporis).

Hat der Versicherte während der Dauer der Behandlung seinen Wohnkanton gewechselt, so ist der Wohnkanton im Zeitpunkt des **Behandlungsbeginns** für die Kantonszuteilung massgebend.

Die Kosten sind den Versicherten **verursachergerecht** zuzuteilen.

In der Datenlieferung sind die bis Ende Februar des Datenlieferungsjahres abgerechneten Leistungen zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 1.2). Die Berücksichtigung von nachträglichen Mutationen, welche Kalenderjahre vor dem für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr betreffen, ist nicht zulässig.

3.8.1 Kosten von HMO-Versicherten

HMO-Versicherte sind im Risikoausgleich wie alle übrigen Versicherten zu berücksichtigen. So sind grundsätzlich auch bei ihnen die **effektiv vergüteten Leistungskosten** der OKP massgebend.

Einzelne Versicherer bezahlen jedoch den Betreibern von HMO-Zentren für ihre HMO-Versicherten sogenannte **Behandlungspauschalen** (fixe Preise). Ist es nicht möglich, für diese Versicherten die Kosten zu ermitteln, welche effektiv zu Lasten der OKP abgerechnet werden (z.B. mittels "Schattenrechnungen"), können für die im Rahmen des Risikoausgleichs zu meldenden Kosten die Behandlungspauschalen sowie die allenfalls darüber hinaus anfallenden Kosten für die Gesundheitsversorgung (gemäss KVG) gemeldet werden.

Damit die Vergleichbarkeit der Kostenerhebung der HMO-Versicherten mit der Kostenerhebung der übrigen Versicherten garantiert ist, sind jedoch folgende Vorgaben unbedingt zu beachten:

- Werden für den Risikoausgleich die Behandlungspauschalen gemeldet, so dürfen die Kosten, resultierend aus der Verwaltung und Führung des HMO-Zentrums, nicht enthalten sein. Davon ausgenommen sind die **Verwaltungskosten zur Führung des Arztpraxisteils** in einem HMO-Zentrum, die als Kosten für den Risikoausgleich zu berücksichtigen sind.
- Die Behandlungspauschalen müssen **analog der Gruppierung im Risikoausgleich** berechnet und abgestuft sein und alle Leistungen nach KVG der Ärzte, Spitäler und sonstigen Leistungserbringer enthalten.
- Sämtliche **versicherungstechnischen Dienstleistungen** (Policierung, Beratung und Schadensabwicklung), egal ob sie im HMO-Zentrum oder bei den angeschlossenen Versicherern durchgeführt werden, müssen ausgeschieden werden.
- Bei allfälliger Absicherung im **Bereich von Grossrisiken** sind nicht die dafür anfallenden Prämien, sondern die **effektiven Kosten** für den Risikoausgleich zu melden.

3.9 Kostenbeteiligung

Für jeden Versicherten muss die von ihm übernommene Kostenbeteiligung für die im massgebenden Kalenderjahr erbrachten Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemeldet werden.

Die Kostenbeteiligung besteht aus der Franchise, dem Selbstbehalt auf den die Franchise übersteigenden Kosten sowie dem Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital von 15 Franken pro Tag (Art. 64 KVG). Es ist die dem Versicherten unter Berücksichtigung der jährlichen Höchstbeträge des Selbstbehaltes (gemäss Art. 103 Abs. 2 KVV 700 Franken für Erwachsene und 350 Franken für Kinder) gesamthaft auferlegte Kostenbeteiligung anzugeben.

Für die Zuteilung der Kostenbeteiligung auf die Kalenderjahre ist das **Behandlungsdatum** massgebend. Hat die Behandlung über den Jahreswechsel hinaus andauert, sind ist die Kostenbeteiligung exakt auf die betroffenen Kalenderjahre aufzuteilen (d.h. pro rata temporis).

Hat der Versicherte während der Dauer der Behandlung seinen Wohnkanton gewechselt, so ist der Wohnkanton im Zeitpunkt des **Behandlungsbeginns** für die Kantonszuteilung massgebend.

Die Kostenbeteiligung ist den Versicherten **verursachergerecht** zuzuteilen.

In der Datenlieferung ist die bis Ende Februar des Datenlieferungsjahres abgerechnete Kostenbeteiligung zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 1.2). Die Berücksichtigung von nachträglichen Mutationen, welche Kalenderjahre vor dem für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr betreffen, ist nicht zulässig.

4. Technische Vorgaben für die Datenlieferung

4.1 Struktur der zu liefernden Daten

Für den Versicherten ist in der Datenlieferungsdatei für jedes an ihn abgegebene Arzneimittel grundsätzlich ein Datensatz (= Datenzeile) zu berücksichtigen. Ist an den Versicherten im massgebenden Kalenderjahr kein Arzneimittel abgegeben worden, so ist für ihn ein Datensatz zu berücksichtigen.

Wechselt der Versicherte im massgebenden Kalenderjahr den Wohnkanton, so werden die Datensätze im neuen Wohnkanton nochmals aufgeführt, wobei die Monate, Kosten und Kostenbeteiligung exakt auf die entsprechenden Wohnkantone aufgeteilt werden.

Wechselt der Versicherte im massgebenden Kalenderjahr beispielsweise einmal den Wohnkanton und sind an ihn im entsprechenden Jahr drei Arzneimittel abgegeben worden, so resultieren für ihn sechs Datensätze.

Beispiel 1 (F = Frau / M = Mann / J = Ja / N = Nein):

- Alle Versicherten weisen im Jahr 2017 keinen Wechsel des Wohnkantons auf.
- An alle Versicherte wurde im Jahr 2017 ein oder kein Arzneimittel abgegeben.

| BAG-Nr. | Jahr | AHV-Nr. | Kanton | Geburtsjahr | Geschlecht | Aufenthalt | GTIN | Pharmacode | Packungen | Monate | Kosten | Kostenbeteiligung |
|---------|------|---------------|--------|-------------|------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|-----------|-------------------|
| 53 | 2017 | 7569854149658 | ZH | 1972 | F | J | 1258325671147 | 2568478 | 0.15 | 12.00 | 15'487.50 | 562.50 |
| 53 | 2017 | 7565267829731 | ZH | 1987 | M | N | | 5987621 | 9.00 | 8.50 | 825.00 | 825.00 |
| 53 | 2017 | 7567196529746 | GL | 2001 | M | N | 2587463928732 | | 6.00 | 12.00 | 1'524.30 | 451.30 |
| 53 | 2017 | 7567036587016 | FR | 1978 | F | J | | | | 6.00 | 568.00 | 300.00 |
| 53 | 2017 | 7562157865129 | BE | 1944 | M | N | 5483571226580 | | 13.00 | 12.00 | 0.00 | 0.00 |

Für jeden Versicherten ergibt sich ein Datensatz.

Beispiel 2 (F = Frau / M = Mann / J = Ja / N = Nein):

- Ein Versicherter (AHV-Nr. 7567196529746) hat im Jahr 2017 den Wohnkanton gewechselt.
- An alle Versicherten wurde im Jahr 2017 ein oder kein Arzneimittel abgegeben.

| BAG-Nr. | Jahr | AHV-Nr. | Kanton | Geburtsjahr | Geschlecht | Aufenthalt | GTIN | Pharmacode | Packungen | Monate | Kosten | Kostenbeteiligung |
|---------|------|---------------|--------|-------------|------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|-----------|-------------------|
| 53 | 2017 | 7569854149658 | ZH | 1972 | F | J | 1258325671147 | 2568478 | 0.15 | 12.00 | 15'487.50 | 562.50 |
| 53 | 2017 | 7565267829731 | ZH | 1987 | M | N | | 5987621 | 9.00 | 8.50 | 825.00 | 825.00 |
| 53 | 2017 | 7567196529746 | GL | 2001 | M | N | 2587463928732 | | 6.00 | 8.00 | 753.00 | 399.00 |
| 53 | 2017 | 7567196529746 | SZ | 2001 | M | N | 2587463928732 | | 6.00 | 4.00 | 771.30 | 52.30 |
| 53 | 2017 | 7567036587016 | FR | 1978 | F | J | | | | 6.00 | 568.00 | 300.00 |
| 53 | 2017 | 7562157865129 | BE | 1944 | M | N | 5483571226580 | | 13.00 | 12.00 | 0.00 | 0.00 |

Für den Versicherten mit der AHV-Nr. 7567196529746 ergeben sich zwei Datensätze. Die Versicherungsmonate, Kosten und Kostenbeteiligung werden bei ihm korrekt auf die beiden Wohnkantone aufgeteilt.

Beispiel 3 (F = Frau / M = Mann / J = Ja / N = Nein):

- Ein Versicherter (AHV-Nr. 7567196529746) hat im Jahr 2017 den Wohnkanton gewechselt und zwei Arzneimittel bezogen.
- Alle anderen Versicherten haben im Jahr 2017 den Wohnkanton nicht gewechselt und ein oder kein Arzneimittel bezogen.

| BAG-Nr. | Jahr | AHV-Nr. | Kanton | Geburtsjahr | Geschlecht | Aufenthalt | GTIN | Pharmacode | Packungen | Monate | Kosten | Kostenbeteiligung |
|---------|------|---------------|--------|-------------|------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|-----------|-------------------|
| 53 | 2017 | 7569854149658 | ZH | 1972 | F | J | 1258325671147 | 2568478 | 0.15 | 12.00 | 15'487.50 | 562.50 |
| 53 | 2017 | 7565267829731 | ZH | 1987 | M | N | | 5987621 | 9.00 | 8.50 | 825.00 | 825.00 |
| 53 | 2017 | 7567196529746 | GL | 2001 | M | N | 2587463928732 | | 6.00 | 8.00 | 753.00 | 399.00 |
| 53 | 2017 | 7567196529746 | GL | 2001 | M | N | 2155903657123 | | 12.00 | 8.00 | 753.00 | 399.00 |
| 53 | 2017 | 7567196529746 | SZ | 2001 | M | N | 2587463928732 | | 6.00 | 4.00 | 771.30 | 52.30 |
| 53 | 2017 | 7567196529746 | SZ | 2001 | M | N | 2155903657123 | | 12.00 | 4.00 | 771.30 | 52.30 |
| 53 | 2017 | 7567036587016 | FR | 1978 | F | J | | | | 6.00 | 568.00 | 300.00 |
| 53 | 2017 | 7562157865129 | BE | 1944 | M | N | 5483571226580 | | 13.00 | 12.00 | 0.00 | 0.00 |

Da dem Versicherten (AHV-Nr. 7567196529746) zwei Arzneimittel abgegeben wurden, ergeben sich pro Wohnkanton zwei Datensätze, insgesamt somit vier Datensätze. Die Monate, Kosten und Kostenbeteiligung werden exakt auf die Wohnkantone aufgeteilt.

4.2 Allgemeine Regeln für die zu importierende Datei

- a) Die Datei muss das CSV-Format aufweisen (Comma Separated Values), wobei der Separator zwischen den einzelnen Spaltenwerten ein Semikolon (;) sein muss.
- b) Der verwendete Zeichensatz muss UTF-8 sein.
- c) Die erste Zeile muss die folgende Kopfzeile enthalten:
BAG-Nr.;Jahr;AHV-Nummer;Kanton;Geburtsjahr;Geschlecht;Aufenthalt;GTIN;PharmaCode;Packungen;Monate;Kosten;Kostenbeteiligung
- d) Jede Zeile muss in der ersten Spalte die gleiche BAG-Nummer enthalten (d.h. eine Datei pro Versicherer).
- e) Jede Zeile muss in der zweiten Spalte das gleiche Kalenderjahr enthalten, aus welchem die Daten stammen (d.h. eine Datei pro Versicherer und Kalenderjahr).
- f) Die Datei darf keine Leerzeilen enthalten.
- g) Bei Zahlen sind Tausender-Trennzeichen wie Hochkomma oder Leerzeichen nicht erlaubt.
- h) GTIN oder Pharma-Code können alternativ geliefert werden.
- i) Alle Spalten müssen ausgefüllt sein, ausser Spalten GTIN, PharmaCode und Packungen (wenn kein Arzneimittel abgegeben wurde).
- k) Wenn Spalte GTIN und/oder PharmaCode ausgefüllt ist, so muss auch die Anzahl der Packungen angegeben sein und umgekehrt.
- l) Pro versicherte Person sind mehrere Zeilen möglich.
- m) Negative numerische Werte sind nicht erlaubt.

| Spalte | Inhalt | Datentyp | Bemerkung |
|--------|-------------------|-----------|---|
| 1 | BAG-Nummer | Integer | Jede Zeile muss die gleiche BAG-Nr. aufweisen. |
| 2 | Jahr | Integer | Angabe des Kalenderjahres, aus welchem die Daten stammen. Jede Zeile muss das gleiche Kalenderjahr aufweisen. |
| 3 | AHV-Nummer | String | Wird von SORA PCG vor Datenübermittlung an Gemeinsame Einrichtung KVG pseudonymisiert. |
| 4 | Kanton | String | Wohnkanton der versicherten Person mit gültigem Kantonskürzel (ZH, BE,.....,JU). |
| 5 | Geburtsjahr | Integer | Geburtsjahr der versicherten Person. |
| 6 | Geschlecht | Character | Kann "F" (Frau) oder "M" (Mann) sein. |
| 7 | Aufenthalt | Character | Kann "J" (ja) oder "N" (nein) sein. |
| 8 | GTIN | String | 13-stellig. |
| 9 | PharmaCode | String | i.d.R. 7-stellig. |
| 10 | Packungen | Decimal | Da die Leistungserbringer nicht immer ganze Packungen abgeben (z.B. Abgabe einzelner Tabletten), ist die Packungsanzahl mit zwei Kommastellen anzugeben (kaufmännisch gerundet). Als Dezimaltrennzeichen sind Punkt oder Komma erlaubt. |
| 11 | Monate | Decimal | Die angebrochenen Versicherungsmonate bei Beginn und Ende der Versicherungsdeckung sind in der Datenlieferung taggenau zu berücksichtigen (siehe Kapitel 3.7.1). Die Versicherungsmonate sind deshalb mit zwei Kommastellen anzugeben (kaufmännisch gerundet). Als Dezimaltrennzeichen sind Punkt oder Komma erlaubt. |
| 12 | Kosten | Decimal | Angegeben werden müssen die Kosten vor Abzug der Kostenbeteiligung (d.h. die Bruttokosten). Jeweils in Franken mit zwei Kommastellen anzugeben (kaufmännisch gerundet). Als Dezimaltrennzeichen sind Punkt oder Komma erlaubt. |
| 13 | Kostenbeteiligung | Decimal | Jeweils in Franken mit zwei Kommastellen anzugeben (kaufmännisch gerundet). Als Dezimaltrennzeichen sind Punkt oder Komma erlaubt. |

4.3 Beispiel einer Importdatei

Die vom Versicherer zu erstellende Schnittstellendatei muss im CSV-Format vorliegen. Die Datei sieht beispielsweise wie folgt aus (F = Frau / M = Mann / J = Ja / N = Nein):

```
BAG-Nr;Jahr;AHV-Nummer;Kanton;Geburtsjahr;Geschlecht;Aufenthalt;GTIN;PharmaCode;
Packungen;Monate;Kosten;Kostenbeteiligung
1234;2017;7565689021507;AG;1979;M;N;7680003730116;;11.00;12.00;6987.50;564.25
1234;2017;7562546871269;JU;1945;F;J;;8963456;8.33;8.48;456.45;332.00
1234;2017;7562546871269;JU;1945;F;J;7683654125715;;6.00;8.48;456.85;332.30
1234;2017;7569624736404;BE;2005;F;J;7680003730116;;3.00;8.00;745.10;451.60
1234;2017;7569624736404;SO;2005;F;J;7680003730116;;3.00;4.00;1026.85;903.35
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
```

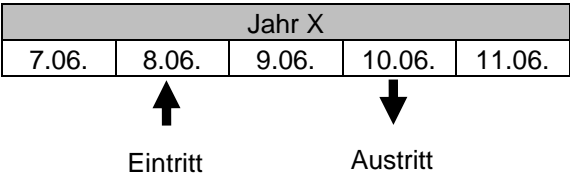
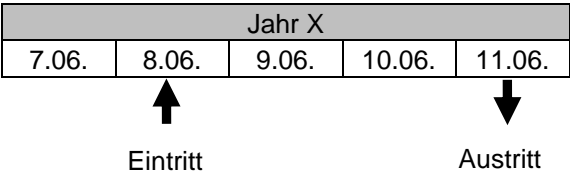
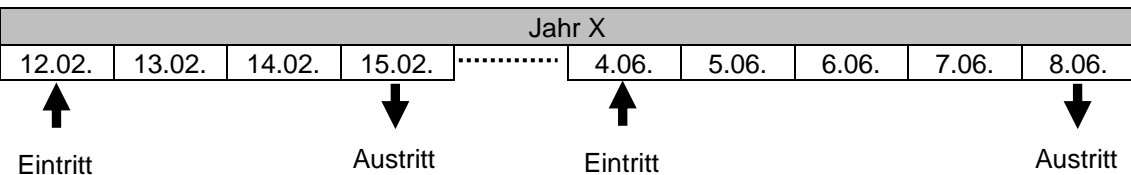
5. Kontaktperson

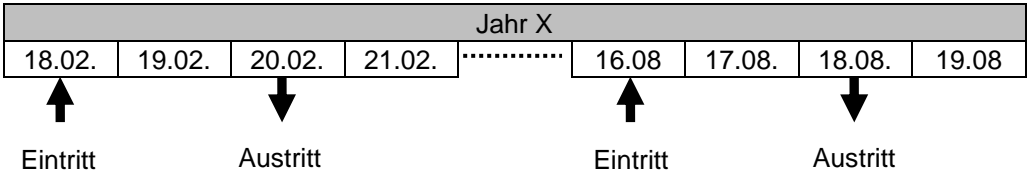
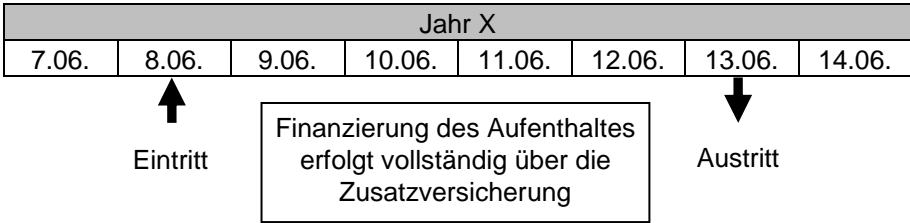
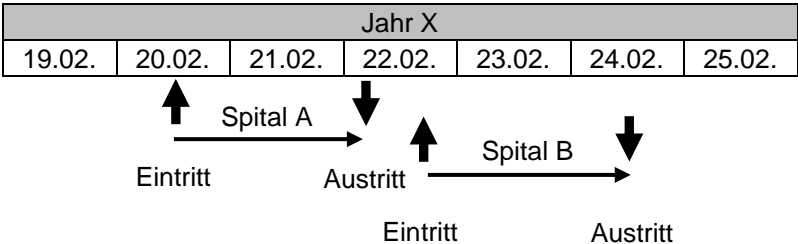
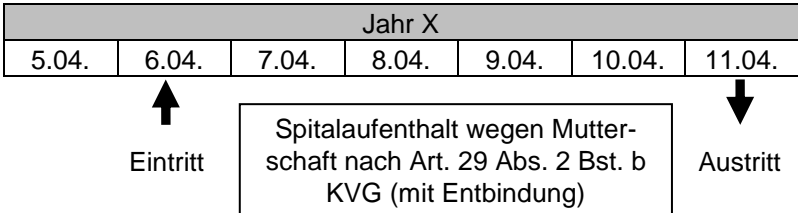
Für die Versicherer steht folgende Ansprechperson zur Verfügung:

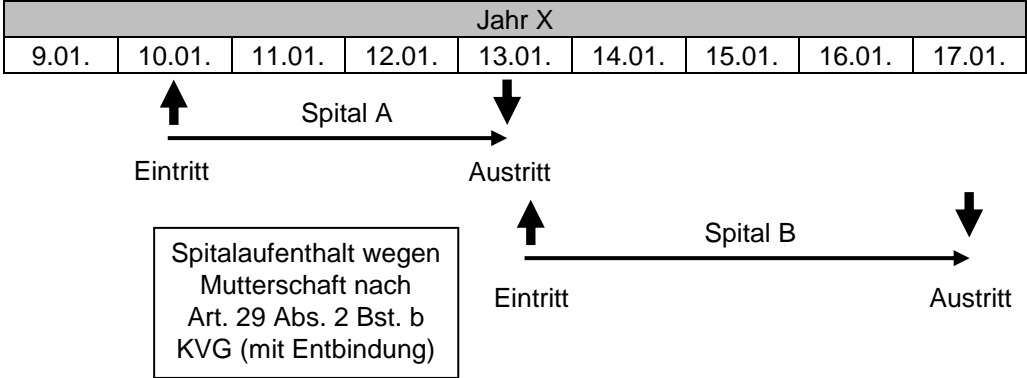
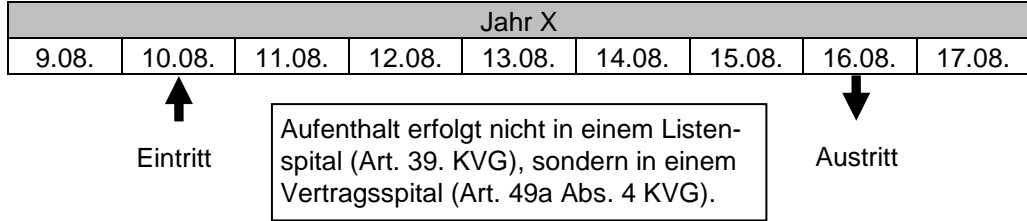
| Person | Funktion | Kontakt |
|----------------------|-------------------------------------|--|
| Urs Wunderlin | Abteilungsleiter Risikoausgleich | 032 625 30 25 urs.wunderlin@kvg.org |

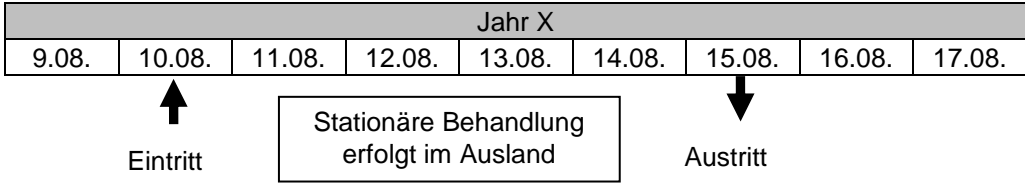
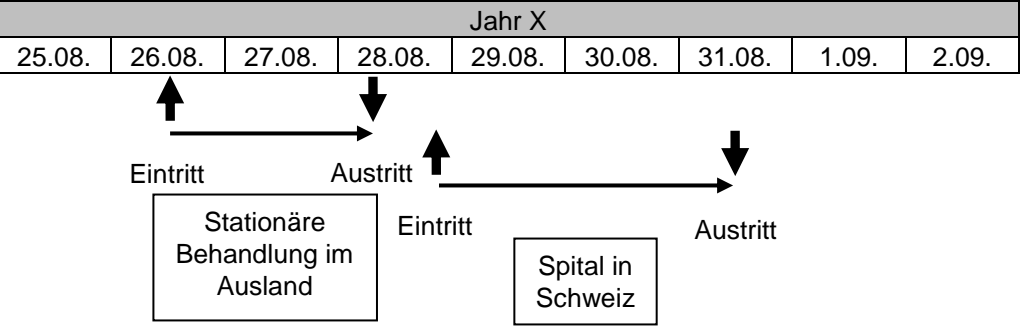
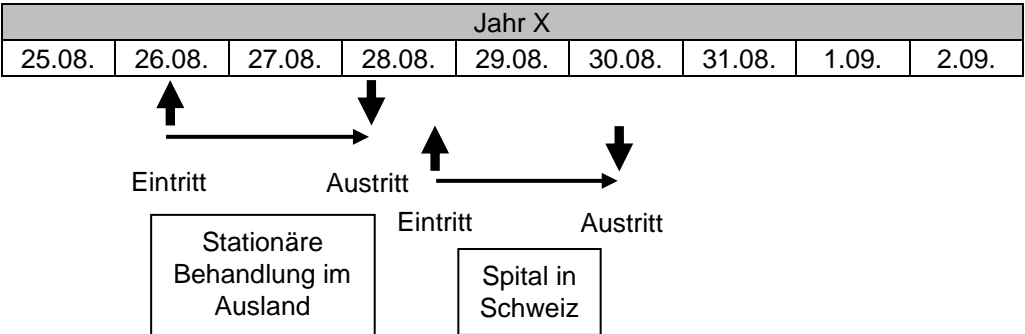
Beispiele für die Berücksichtigung von Spital- und Pflegeheimaufenthalten

1. Aufenthalte ohne Jahreswechsel

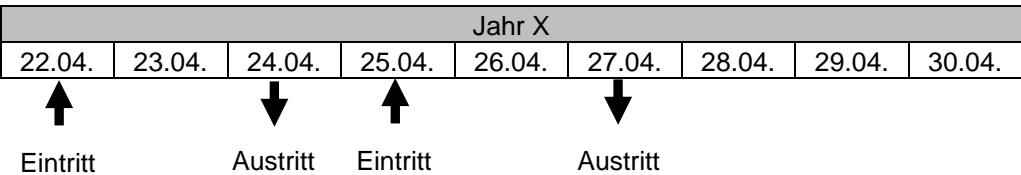
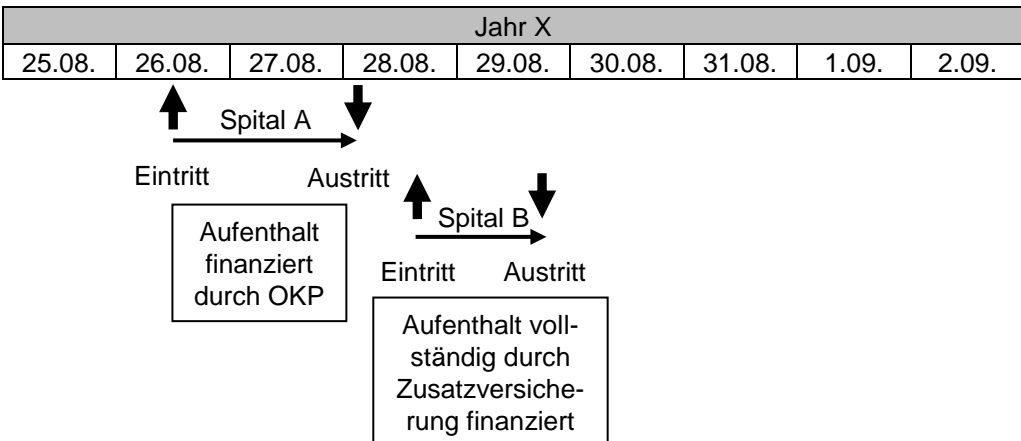
| Situation | Regelung |
|--|--|
| <p>1.1</p>  | <p>Nicht zu berücksichtiger Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Der Aufenthalt dauert weniger als drei aufeinanderfolgende Nächte.</p> |
| <p>1.2</p>  | <p>Zu berücksichtiger Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Der Aufenthalt dauert drei aufeinanderfolgende Nächte.</p> |
| <p>1.3</p>  | <p>Zu berücksichtiger Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Der Versicherte ist im Jahr X zweimal im Spital. Beide Spitalaufenthalte dauern jeweils drei oder mehr aufeinanderfolgende Nächte. Ob der Versicherte einen oder mehrere Aufenthalte aufweist, spielt keine Rolle. In der Datenlieferung ist für die Zuteilung seiner Daten (Monate, Kosten, Kostenbeteiligungen) auf die Risikogruppen lediglich entscheidend, ob er im Jahr X mindestens einen Aufenthalt mit mindestens drei aufeinanderfolgenden Nächten aufweist.</p> |

| Situation | Regelung |
|---|--|
| <p>1.4</p>  | <p>Nicht zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Der Versicherte ist im Jahr X zweimal im Spital. Beide Aufenthalte dauern jedoch jeweils weniger als drei aufeinanderfolgende Nächte.</p> |
| <p>1.5</p>  | <p>Nicht zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Spital- oder Pflegeheimaufenthalte werden nur berücksichtigt, wenn sie ganz oder teilweise über die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert werden.</p> |
| <p>1.6</p>  | <p>Zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Bei einer Spitalverlegung am gleichen Tag gilt der Aufenthalt als ununterbrochen. Der Aufenthalt dauert somit vier aufeinanderfolgende Nächte.</p> |
| <p>1.7</p>  | <p>Nicht zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Gemäss Art. 3 Abs. 3 rev. VORA sind Aufenthalte wegen Mutterschaft nach Art. 29 Abs. 2 Bst. b KVG (mit Entbindung) im Risikoausgleich nicht zu berücksichtigen. Dabei ist es nicht relevant, ob die Entbindung mit oder ohne Komplikationen verläuft.</p> |

| Situation | Regelung | | | | | | | | | |
|---|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| <p>1.8</p>  <p>Jahr X</p> <table border="1" data-bbox="226 260 1249 331"> <tr><td>9.01.</td><td>10.01.</td><td>11.01.</td><td>12.01.</td><td>13.01.</td><td>14.01.</td><td>15.01.</td><td>16.01.</td><td>17.01.</td></tr> </table> <p>↑ Spital A ↓ Eintritt Austritt</p> <p>↑ Spital B ↓ Eintritt Austritt</p> <p>Spitalaufenthalt wegen Mutterschaft nach Art. 29 Abs. 2 Bst. b KVG (mit Entbindung)</p> | 9.01. | 10.01. | 11.01. | 12.01. | 13.01. | 14.01. | 15.01. | 16.01. | 17.01. | <p>Nicht zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Bei einer Spitalverlegung am gleichen Tag gilt der Aufenthalt als ununterbrochen (vgl. 1.6). Der Aufenthalt dauert somit sieben aufeinanderfolgende Nächte.</p> <p>Während diesem Aufenthalt ist die Entbindung erfolgt. Gemäss Art. 3 Abs. 3 rev. VORA ist ein Aufenthalt wegen Mutterschaft nach Art. 29 Abs. 2 Bst. b KVG (mit Entbindung) im Risikoausgleich nicht zu berücksichtigen. Dabei ist es nicht relevant, ob die Entbindung mit oder ohne Komplikationen verläuft.</p> |
| 9.01. | 10.01. | 11.01. | 12.01. | 13.01. | 14.01. | 15.01. | 16.01. | 17.01. | | |
| <p>1.9</p>  <p>Jahr X</p> <table border="1" data-bbox="226 727 1249 799"> <tr><td>9.08.</td><td>10.08.</td><td>11.08.</td><td>12.08.</td><td>13.08.</td><td>14.08.</td><td>15.08.</td><td>16.08.</td><td>17.08.</td></tr> </table> <p>↑ Eintritt ↓ Austritt</p> <p>Aufenthalt erfolgt nicht in einem Listenspital (Art. 39. KVG), sondern in einem Vertragsspital (Art. 49a Abs. 4 KVG).</p> | 9.08. | 10.08. | 11.08. | 12.08. | 13.08. | 14.08. | 15.08. | 16.08. | 17.08. | <p>Zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Ein Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim wird berücksichtigt, wenn der Aufenthalt zumindest teilweise aus der OKP finanziert wird. Dabei ist es unerheblich, ob der Aufenthalt in einem Listen- oder in einem Vertragsspital erfolgt. Der Aufenthalt dauert sechs aufeinanderfolgende Nächte.</p> |
| 9.08. | 10.08. | 11.08. | 12.08. | 13.08. | 14.08. | 15.08. | 16.08. | 17.08. | | |

| Situation | Regelung |
|---|--|
| <p>1.10</p>  | <p>Nicht zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Stationäre Behandlungen im Ausland werden nicht berücksichtigt (Art. 3 Abs. 2 rev. VORA).</p> <p>Siehe auch unten!</p> |
| <p>1.11</p>  | <p>Zu berücksichtigender Aufenthalt (28. - 31.08.).</p> <p><u>Begründung:</u> Die Einweisung zur stationären Behandlung erfolgt im Ausland (z.B. Notfall). Anschliessend Verlegung in ein Spital in der Schweiz. Stationäre Behandlungen im Ausland werden nicht berücksichtigt (Art. 3 Abs. 2 rev. VO-RA). Der anschliessende Aufenthalt im Spital in der Schweiz dauert drei aufeinanderfolgende Nächte und ist somit zu berücksichtigen.</p> <p>Siehe auch unten!</p> |
| <p>1.12</p>  | <p>Nicht zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Die Einweisung zur stationären Behandlung erfolgt im Ausland (z.B. Notfall). Anschliessend Verlegung in ein Spital in der Schweiz. Stationäre Behandlungen im Ausland werden nicht berücksichtigt (Art. 3 Abs. 2 rev. VO-RA). Der anschliessende Aufenthalt im Spital in der Schweiz dauert weniger als drei aufeinanderfolgende Nächte und ist somit nicht zu berücksichtigen.</p> <p>Siehe auch unten!</p> |

Wichtig: Die stationären Aufenthalte im Ausland im Rahmen von Programmen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit (bisher vom EDI bewilligte Pilotprojekte gemäss Art. 36a KVV) sind im Risikoausgleich zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 3.4.2).

| Situation | Regelung |
|---|--|
| <p>1.13</p>  | <p>Nicht zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Der Aufenthalt ist vom 24.04. auf den 25.04. unterbrochen. Somit handelt es sich um zwei Aufenthalte mit der Dauer von jeweils weniger als drei aufeinanderfolgenden Nächten.</p> <p><u>Ausnahme:</u> Ein Spital oder Pflegeheim kann mehrere Rechnungen pro Aufenthalt stellen. Dies insbesondere auch bei einem Aufenthalt über das Jahresende hinaus. In diesem Fall, d.h. wenn die Rechnungen vom gleichen Spital oder Pflegeheim direkt aufeinanderfolgende Tage oder Nächte betreffen, ist von einem ununterbrochenen Aufenthalt auszugehen und der Aufenthalt ist somit zu berücksichtigen, wenn er insgesamt länger als drei aufeinanderfolgende Nächte dauert.</p> |
| <p>1.14</p>  | <p>Nicht zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Bei einer Spitalverlegung am gleichen Tag gilt der Aufenthalt zwar als ununterbrochen (vgl. 1.6). Der Aufenthalt im Spital B wird jedoch vollständig aus der Zusatzversicherung finanziert und ist somit nicht zu berücksichtigen. Der Aufenthalt im Spital A dauert lediglich zwei aufeinanderfolgende Nächte.</p> |

2. Aufenthalt mit Jahreswechsel

| Situation | Regelung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|----------|----------|--------|--------|----------|----------|----------|-------|-------|--|--------|---|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|--|
| <p>2.1</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <th colspan="7">Jahr X</th> <th colspan="3">Jahr X+1</th> </tr> <tr> <td>25.12.</td><td>26.12.</td><td>27.12.</td><td>28.12.</td><td>29.12.</td><td>30.12.</td><td>31.12.</td> <td>1.01.</td><td>2.01.</td><td>3.01.</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 20px;"> Eintritt Austritt </p> | Jahr X | | | | | | | Jahr X+1 | | | 25.12. | 26.12. | 27.12. | 28.12. | 29.12. | 30.12. | 31.12. | 1.01. | 2.01. | 3.01. | <p>Der Aufenthalt wird nur im Jahr X berücksichtigt.</p> <p><u>Begründung:</u> Der Aufenthalt dauert nur im Jahr X mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte.</p> |
| Jahr X | | | | | | | Jahr X+1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 25.12. | 26.12. | 27.12. | 28.12. | 29.12. | 30.12. | 31.12. | 1.01. | 2.01. | 3.01. | | | | | | | | | | | | |
| <p>2.2</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <th colspan="6">Jahr X</th> <th colspan="4">Jahr X+1</th> </tr> <tr> <td>26.12.</td><td>27.12.</td><td>28.12.</td><td>29.12.</td><td>30.12.</td><td>31.12.</td> <td>1.01.</td><td>2.01.</td><td>3.01.</td><td>4.01.</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 20px;"> Eintritt Austritt </p> | Jahr X | | | | | | Jahr X+1 | | | | 26.12. | 27.12. | 28.12. | 29.12. | 30.12. | 31.12. | 1.01. | 2.01. | 3.01. | 4.01. | <p>Der Aufenthalt wird in beiden Jahren berücksichtigt.</p> <p><u>Begründung:</u> Der Aufenthalt dauert in beiden Jahren mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte.</p> |
| Jahr X | | | | | | Jahr X+1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26.12. | 27.12. | 28.12. | 29.12. | 30.12. | 31.12. | 1.01. | 2.01. | 3.01. | 4.01. | | | | | | | | | | | | |
| <p>2.3</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <th colspan="2">Jahr X</th> <th colspan="3">Jahr X+1</th> </tr> <tr> <td>30.12.</td><td>31.12.</td> <td>1.01.</td><td>2.01.</td><td>3.01.</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 20px;"> Eintritt Austritt </p> | Jahr X | | Jahr X+1 | | | 30.12. | 31.12. | 1.01. | 2.01. | 3.01. | <p>Der Aufenthalt wird im Jahr X berücksichtigt.</p> <p><u>Begründung:</u> Ein Aufenthalt mit der Dauer von je zwei aufeinanderfolgenden Nächten wird dem Eintrittsjahr zugerechnet (Art. 3 Abs. 4 rev. VORA).</p> | | | | | | | | | | |
| Jahr X | | Jahr X+1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30.12. | 31.12. | 1.01. | 2.01. | 3.01. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>2.4</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <th colspan="2">Jahr X</th> <th colspan="4">Jahr X+1</th> </tr> <tr> <td>30.12.</td><td>31.12.</td> <td>1.01.</td><td>2.01.</td><td>3.01.</td><td>4.01.</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 20px;"> Eintritt Austritt </p> | Jahr X | | Jahr X+1 | | | | 30.12. | 31.12. | 1.01. | 2.01. | 3.01. | 4.01. | <p>Der Aufenthalt wird im Jahr X+1 berücksichtigt.</p> <p><u>Begründung:</u> Die Aufenthaltsdauer beträgt fünf Nächte. Ein Aufenthalt mit der Dauer von drei bis fünf aufeinanderfolgenden Nächten wird dem Jahr zugerechnet, in welchem die Mehrzahl der Nächte angefallen sind. (Art. 3 Abs. 4 rev. VORA)</p> | | | | | | | | |
| Jahr X | | Jahr X+1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30.12. | 31.12. | 1.01. | 2.01. | 3.01. | 4.01. | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Situation | Regelung | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|--------|----------|----------|-------|--|--------|--------|--------|-------|-------|-------|--|
| <p>2.5</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <th colspan="3" style="background-color: #cccccc;">Jahr X</th> <th colspan="3" style="background-color: #cccccc;">Jahr X+1</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">29.12.</td> <td style="text-align: center;">30.12.</td> <td style="text-align: center;">31.12.</td> <td style="text-align: center;">1.01.</td> <td style="text-align: center;">2.01.</td> <td style="text-align: center;">3.01.</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 20px;"> ↑ Eintritt ↓ Austritt </p> | Jahr X | | | Jahr X+1 | | | 29.12. | 30.12. | 31.12. | 1.01. | 2.01. | 3.01. | <p>Der Aufenthalt wird im Jahr X berücksichtigt.</p> <p><u>Begründung:</u> Die Aufenthaltsdauer beträgt fünf Nächte. Ein Aufenthalt mit der Dauer von drei bis fünf aufeinanderfolgenden Nächten wird dem Jahr zugerechnet, in welchem die Mehrzahl der Nächte angefallen sind. Die Nacht über den Jahreswechsel wird immer zum Eintrittsjahr gezählt. (Art. 3 Abs. 4 rev. VORA)</p> |
| Jahr X | | | Jahr X+1 | | | | | | | | | | |
| 29.12. | 30.12. | 31.12. | 1.01. | 2.01. | 3.01. | | | | | | | | |
| <p>2.6</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <th colspan="3" style="background-color: #cccccc;">Jahr X</th> <th colspan="3" style="background-color: #cccccc;">Jahr X+1</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">29.12.</td> <td style="text-align: center;">30.12.</td> <td style="text-align: center;">31.12.</td> <td style="text-align: center;">1.01.</td> <td style="text-align: center;">2.01.</td> <td style="text-align: center;">3.01.</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 20px;"> ↑ Eintritt ↓ Austritt </p> | Jahr X | | | Jahr X+1 | | | 29.12. | 30.12. | 31.12. | 1.01. | 2.01. | 3.01. | <p>Der Aufenthalt wird im Jahr X berücksichtigt.</p> <p><u>Begründung:</u> Die Aufenthaltsdauer beträgt vier Nächte. Ein Aufenthalt mit der Dauer von drei bis fünf aufeinanderfolgenden Nächten wird dem Jahr mit der Mehrzahl der Nächte zugerechnet. Die Nacht über den Jahreswechsel wird immer zum "alten" Jahr gezählt. (Art. 3 Abs. 4 rev. VORA)</p> |
| Jahr X | | | Jahr X+1 | | | | | | | | | | |
| 29.12. | 30.12. | 31.12. | 1.01. | 2.01. | 3.01. | | | | | | | | |
| <p>2.7</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <th colspan="3" style="background-color: #cccccc;">Jahr X</th> <th colspan="3" style="background-color: #cccccc;">Jahr X+1</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">29.12.</td> <td style="text-align: center;">30.12.</td> <td style="text-align: center;">31.12.</td> <td style="text-align: center;">1.01.</td> <td style="text-align: center;">2.01.</td> <td style="text-align: center;">3.01.</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 20px;"> ↑ Eintritt ↓ Austritt </p> | Jahr X | | | Jahr X+1 | | | 29.12. | 30.12. | 31.12. | 1.01. | 2.01. | 3.01. | <p>Der Aufenthalt wird nicht berücksichtigt.</p> <p><u>Begründung:</u> Die Dauer des Aufenthalts beträgt weniger als drei aufeinanderfolgende Nächte.</p> |
| Jahr X | | | Jahr X+1 | | | | | | | | | | |
| 29.12. | 30.12. | 31.12. | 1.01. | 2.01. | 3.01. | | | | | | | | |

| Situation | Regelung | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|--------|--------|----------|----------|-------|-------|--|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|--|
| <p>2.8</p> <table border="1" data-bbox="226 260 1133 335"> <thead> <tr> <th colspan="4">Jahr X</th> <th colspan="4">Jahr X+1</th> </tr> <tr> <td>28.12.</td> <td>29.12.</td> <td>30.12.</td> <td>31.12.</td> <td>1.01.</td> <td>2.01.</td> <td>3.01.</td> <td>4.01.</td> </tr> </thead> </table> <p>The diagram illustrates a patient's hospital stay across two years. In Year X, the patient enters Spital A on 28.12. and is discharged on 30.12. On 30.12., they enter Spital B and are discharged on 4.01. of Year X+1. The stay at Spital B is continuous with the stay at Spital A, as the discharge from Spital A and the admission to Spital B occur on the same day (30.12.).</p> | Jahr X | | | | Jahr X+1 | | | | 28.12. | 29.12. | 30.12. | 31.12. | 1.01. | 2.01. | 3.01. | 4.01. | <p>Der Aufenthalt wird in beiden Jahren berücksichtigt.</p> <p><u>Begründung:</u> Bei einer Spitalverlegung am gleichen Tag gilt der Aufenthalt als ununterbrochen. Der Aufenthalt dauert somit in beiden Jahren mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte.</p> |
| Jahr X | | | | Jahr X+1 | | | | | | | | | | | | | |
| 28.12. | 29.12. | 30.12. | 31.12. | 1.01. | 2.01. | 3.01. | 4.01. | | | | | | | | | | |