



Gemeinsame Einrichtung KVG
Institution commune LAMal
Istituzione comune LAMal

Leitfaden für die Lieferung der Daten 2019 für den Risikoausgleich 2019

Die Änderungen gegenüber dem Leitfaden für die Datenerhebung im Jahr 2019 (Daten 2018) befinden sich in den Kapiteln 5.2.11 und 5.2.15 (grau markiert)

Anmerkung:

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

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. Gesetzliche Grundlagen	3
2. Geltungsbereich	3
3. Datenmeldung	3
3.1 Grundsätzliches.....	3
3.2 Versicherungsbestand.....	3
3.3 Kosten.....	5
3.4 Kostenbeteiligung.....	5
3.5 Gewichtete Quadratsumme der Nettoleistungen.....	6
3.6 Struktur der Datenmeldung.....	7
3.6.1 Alter und Geschlecht.....	7
3.6.2 Arzneimittelkosten im Vorjahr.....	7
3.6.3 Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr.....	8
4. Zuteilung der Daten auf die Kantone und Risikogruppen	8
4.1 Zuteilung der Versicherten.....	8
4.2 Zuteilung der Kosten und Kostenbeteiligungen.....	8
5. Behandlung von speziellen Fällen	9
5.1 Zeitliche Abgrenzung.....	9
5.1.1 Eintritt des Versicherten innerhalb des für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahres.....	9
5.1.2 Austritt des Versicherten innerhalb des für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahres.....	9
5.1.3 Aus- und Wiedereintritt des Versicherten innerhalb des für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahres.....	9
5.1.4 Sistierung der Versicherungspflicht.....	9
5.1.5 Berücksichtigung der angebrochenen Versicherungsmonate.....	9
5.1.6 Wechsel der Altersgruppe in dem für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr.....	11
5.1.7 Wechsel der Kantonzuteilung in dem für die Datenerhebung mass- gebenden Kalenderjahr.....	11
5.1.8 Über den Jahreswechsel andauernder Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim.....	11
5.1.9 Berücksichtigung von nachträglichen Mutationen.....	11
5.1.10 Berücksichtigung der Daten von Versichererwechslern.....	12

5.2	Sachliche Abgrenzung.....	12
5.2.1	Dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) unterliegende Versicherungs- verhältnisse.....	12
5.2.2	Versicherte aus Liechtenstein sowie den Enklaven Büsingen und Campione d'Italia.....	12
5.2.3	Versicherte mit Prämienverbilligung bzw. Prämiengutschrift.....	12
5.2.4	Versicherte mit Prämienausständen.....	12
5.2.5	HMO-Versicherte.....	13
5.2.6	Militärdienst leistende Versicherte.....	14
5.2.7	Pauschalzahlungen.....	14
5.2.8	Pauschalzahlungen in den Lebendspende-Nachsorgefonds.....	15
5.2.9	Pauschalen für Franchise und Selbstbehalt.....	15
5.2.10	Kantonale Subventionen / Stillgelder.....	16
5.2.11	Aufenthalt infolge Mutterschaft.....	16
5.2.12	Durch die Zusatzversicherung finanzierte Spital- oder Pflegeheimaufenthalte.....	16
5.2.13	Spital- oder Pflegeheimaufenthalte infolge Unfall.....	17
5.2.14	Stationäre Aufenthalte im Ausland.....	17
5.2.15	Stationäre Aufenthalte in der Schweiz.....	18
5.2.16	Spital- oder Pflegeheimaufenthalte bei Verlegungen.....	18
5.2.17	Versicherte mit mehreren Spital- oder Pflegeheimaufenthalten.....	18
5.2.18	Standortkanton des Spitals oder Pflegeheims.....	18
5.2.19	Aufenthalt in einem Listen- oder Vertragsspital.....	19
5.2.20	Aufenthalt in einer Nachtambulanz.....	19
6.	Kontaktpersonen.....	19
Beilage 1	Beispiele für die Berücksichtigung von Spital- und Pflegeheim- aufenthalten.....	20
Beilage 2	Beispiele für die Erfassung der Daten der Versicherten mit einem Aufenthalt in der Datenerhebungstabelle.....	28
Beilage 3	Berücksichtigung der Arzneimittel und pharmazeutischen Leistungen bei der Ermittlung der Arzneimittelkosten.....	31

1. Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzliche Grundlage für den Risikoausgleich 2019 bilden die Artikel 16, 16a, 17 und 17a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994.

Die Ausführungsbestimmungen zum Risikoausgleich sind in der Verordnung über den Risikoausgleich vom 12. April 1995 (VORA) geregelt.

2. Geltungsbereich

Gemäss Art. 1 Abs. 1 VORA gilt der Risikoausgleich für die **obligatorische Krankenpflegeversicherung**, einschliesslich der besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 41 Absatz 4 und 62 KVG.

3. Datenmeldung

3.1 Grundsätzliches

Für den Risikoausgleich sind die **Anzahl der Versicherten** (in Versicherungsmonaten), die von ihnen verursachten **Kosten** sowie die von ihnen übernommene **Kostenbeteiligung** im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu melden.

Die Daten sind jeweils in **ganzen Zahlen** (d.h. keine Kommastellen) anzugeben. Die Daten (Versicherungsmonate, Kosten und Kostenbeteiligungen) sind somit innerhalb der Kantone auf **Risikogruppenebene** auf null Stellen nach dem Komma zu **runden**.

Gemäss Art. 10 Abs. 2bis VORA sind in der Datenlieferung die **bis zwei Monate vor Ablauf der Frist zur Datenlieferung** abgerechneten Nettoleistungen, die Arzneimittelkosten im Vorjahr, die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr sowie die Änderungen des Versichertenbestandes zu berücksichtigen, welche das für die Datenerhebung massgebliche Kalenderjahr betreffen.

Massgebend für die Datenlieferung im Jahr 2020 ist deshalb der Datenstand am

29. Februar 2020

3.2 Versicherungsbestand

Personen, die in der Schweiz versichert sind und im Ausland wohnen, sind im für den Risikoausgleich massgebenden Versicherungsbestand nicht zu berücksichtigen. In den bis 30. April 2020 der Gemeinsamen Einrichtung KVG zu liefernden Daten sind die Versicherten wie folgt zu berücksichtigen:

Versichertenkategorie	Berücksichtigung	Zuordnung
Versicherte mit Wohnort in der Schweiz ¹	Ja	Wohnkanton
<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")	Ja	Kanton, in welchem sie ihren Wohnsitz haben
• Zivilrechtlicher Wohnsitz im Ausland (Erhebung einer EU-/EFTA-Prämie oder einer anderen "Nicht-CH-Prämie")	Nein	
Versicherte mit Wohnort in einem EU-Staat bzw. Island oder Norwegen		
• Arbeitsort in der Schweiz (Grenzgänger) ³	Nein	
• Empfänger der Leistung einer schweizerischen Arbeitslosenversicherung ³	Nein	
• Empfänger einer schweizerischen Rente ³	Nein	
• Nicht erwerbstätige Familienangehörige von in der Schweiz wohnenden und erwerbstätigen Personen	Nein	
• Rheinschiffer ³	Nein	
• Wohnort in Enklaven Besingen (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 Inkl. deren nicht erwerbstätige Familienangehörige

In der Datenmeldung sind die **Versicherungsmonate** im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr zu berücksichtigen (Art. 4 Abs. 1 VORA). Die Meldung von Versicherungsbeständen an einem Stichtag (z.B. 31. Dezember) ist nicht zulässig.

Gemeldet 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.

3.3 **Kosten**

Für den Risikoausgleich müssen die Bruttokosten für die im massgebenden Kalenderjahr erbrachten Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemeldet werden. Für deren Zuteilung auf die Kalenderjahre ist das Behandlungsdatum massgebend (Art. 3 Abs. 2 VORA). Leistungen für die in Kapitel 3.2 erwähnten, im Risikoausgleich nicht zu berücksichtigenden Versicherten, sind in der Datenlieferung nicht einzubeziehen.

Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind in Art. 25 bis 31 KVG, nach Massgabe der in den Artikeln 32 - 34 festgelegten Voraussetzungen, abschliessend geregelt. Angegeben werden müssen die Kosten vor Abzug der Kostenbeteiligungen (d.h. die Bruttokosten). Leistungen aus der Zusatzversicherung dürfen in der Datenmeldung für den Risikoausgleich nicht enthalten sein.

Hat die Behandlung über den Jahreswechsel hinaus andauert, sind die Kosten exakt auf die betroffenen Kalenderjahre aufzuteilen (d.h. pro rata temporis).

3.4 **Kostenbeteiligung**

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. 104 Abs. 1 KVV). Bei der Kostenbeteiligung ist die den 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 den Risikoausgleich müssen die Kostenbeteiligungen für OKP-Leistungen, welche im für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr erbracht wurden, gemeldet werden. Für deren Zuteilung auf die Kalenderjahre ist das **Behandlungsdatum** massgebend (Art. 3 Abs. 2 VORA). Kostenbeteiligungen für Leistungen, welche für die in Kapitel 3.2 erwähnten, im Risikoausgleich nicht zu berücksichtigenden Versicherten erbracht wurden, sind in der Datenlieferung nicht einzubeziehen.

Hat die Behandlung über den Jahreswechsel hinaus andauert, ist die Kostenbeteiligung exakt auf die betroffenen Kalenderjahre aufzuteilen (d.h. pro rata temporis).

3.5 Gewichtete Quadratsumme der Nettoleistungen


In der Datenlieferung ist für jede Risikogruppe die gewichtete Quadratsumme der Nettoleistungen der darin berücksichtigten Versicherten anzugeben.

Dazu ein Zahlenbeispiel:

Ein Versicherer versichert im Kanton ZH in der Gruppe der 19-25jährigen Männer die Versicherten A und B. Beide Männer hatten im Vorjahr keinen Spital- oder Pflegeheimaufenthalt und jeweils keine Arzneimittelkosten über CHF 5'000.

Die gewichtete Quadratsumme der Nettoleistungen für die entsprechende Risikogruppe wird wie folgt ermittelt:

a	b	c	d	e	f (=e/b)	g (=f ²)	h (=b*g)
Versicherte	Monate	Bruttokosten CHF	Kostenbeteiligung CHF	Nettoleistungen CHF	Nettoleistungen pro Monat CHF	Nettoleistungen pro Monat im Quadrat CHF	Monate * (Nettoleistungen pro Monat im Quadrat) CHF
A	12	740	524	216	18	324	3'888
B	9	1'550	974	576	64	4'096	36'864
Total	21	2'290	1'498				40'752



 Gewichtete Quadratsumme der Nettoleistungen

Die Daten sind wie folgt in der Datenerhebungstabelle (Daten 2019) zu erfassen:

BAG-Nr. No OFSP	Kanton Canton	Geburtsjahre Années de naiss.		Alter	Geschlecht Sexe	Arzneimittelkosten Coût des médicaments	Aufenthalt Séjour	Monate	Kosten CHF	Kostenbeteiligung Particip. aux coûts CHF	Gewichtete Quadratsumme der Nettoleistungen Somme des carrés pondérée des prestations nettes CHF
		von/de	bis/à								
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
65	ZH	2000	1994	19-25	M / h	nein / non	nein / non	21	2'290	1'498	40'752
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

3.6 Struktur der Datenlieferung

Die Daten (Versicherungsmonate, Kosten und Kostenbeteiligungen) sind der Gemeinsamen Einrichtung KVG nach Kanton und gemäss Art. 2 VORA nach folgenden Kriterien gegliedert zu liefern:

- Alter
- Geschlecht
- Arzneimittelkosten im Vorjahr (> CHF 5'000)
- Aufenthalt in einem Spital- oder Pflegeheim im Vorjahr (mind. drei aufeinanderfolgende Nächte).

3.6.1 Alter und Geschlecht

Die Daten sind nach Geschlecht und nach folgenden Altersgruppen zu gliedern:

0 - 18 Jahre	46 - 50 Jahre	76 - 80 Jahre
19 - 25 Jahre	51 - 55 Jahre	81 - 85 Jahre
26 - 30 Jahre	56 - 60 Jahre	86 - 90 Jahre
31 - 35 Jahre	61 - 65 Jahre	91 und mehr Jahre
36 - 40 Jahre	66 - 70 Jahre	
41 - 45 Jahre	71 - 75 Jahre	

Die Erhebung der Daten der Versicherten im Alter von 0 - 18 Jahren (Kinder) erfolgt lediglich für statistische Zwecke sowie aus Kontrollgründen. In die Berechnung des Risikoausgleichs werden lediglich die Daten der **erwachsenen Versicherten** (Alter 19 Jahre und mehr) einbezogen.

3.6.2 Arzneimittelkosten im Vorjahr

Bei jedem Versicherten ist zu überprüfen, ob dessen Bruttoleistungen für Arzneimittel im Vorjahr **über CHF 5'000** lagen. Versicherte, bei welchen dies der Fall ist, werden in der Datenlieferung gesondert berücksichtigt.

Es dürfen nur Arzneimittel berücksichtigt werden, deren Kosten **von der OKP übernommen** werden und welche **nicht in einer Pauschale nach Art. 49 Abs. 1 KVG** enthalten sind. In Bezug auf die von der OKP vergüteten Arzneimittel sowie die ebenfalls bei der Ermittlung der Arzneimittelkosten zu berücksichtigenden pharmazeutischen Leistungen ist unbedingt die **Beilage 3** zu beachten.

Gemäss Art. 2b Abs. 2 VORA ist für die Zuteilung der Bruttoleistungen für Arzneimittel auf die Kalenderjahre das **Abgabedatum** der Arzneimittel (Datum der effektiven Abgabe des Arzneimittels durch den Leistungserbringer an die versicherte Person) relevant. Es dürfen nur Bruttoleistungen von Arzneimitteln berücksichtigt werden, deren Abgabedatum in dem für die Ermittlung der Arzneimittelkosten massgebenden Kalenderjahr liegt.

3.6.3 Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr

Bei jedem Versicherten ist zu überprüfen, ob er im Vorjahr einen Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim mit der Dauer von **mindestens drei aufeinanderfolgenden Nächten** aufweist. Versicherte mit einem entsprechenden Aufenthalt werden in der Datenlieferung gesondert berücksichtigt.

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

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 (vgl. Kapitel 5.2.14).

Für die Zuteilung der stationären Aufenthalte auf die Kalenderjahre ist das **Behandlungsdatum** massgebend. In Bezug auf die Zuteilung von Aufenthalten, welche über den Jahreswechsel andauern, ist Kapitel 5.1.8 zu beachten.

4. Zuteilung der Daten auf die Kantone und Risikogruppen

4.1 Zuteilung der Versicherten

In Bezug auf die Zuteilung der Versicherten auf die **Kantone** verweisen wir auf Kapitel 3.2.

Die Zuteilung der Versicherten bzw. Versicherungsmonate zu den Altersgruppen ist über das **Geburtsjahr der Versicherten** vorzunehmen. Das Alter eines Versicherten wird berechnet, indem von dem für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr das Geburtsjahr des Versicherten subtrahiert wird.

Für die Risikogruppenzuteilung ist neben der Altersgruppenzuteilung auch eine Zuteilung nach dem **Geschlecht** (Männer / Frauen) der Versicherten erforderlich. Ausserdem ist massgebend, ob für den Versicherten die Bruttoleistungen für **Arzneimittel** im Vorjahr über CHF 5'000 liegen (ja/nein) und ob der Versicherte im Vorjahr einen **Aufenthalt** in einem Spital oder Pflegeheim mit der Dauer von mindestens drei aufeinanderfolgenden Nächten hatte (ja/nein).

4.2 Zuteilung der Kosten und Kostenbeteiligungen

Für die Zuteilung der Kosten und Kostenbeteiligungen auf das Kalenderjahr und die einzelnen Kantone ist das **Behandlungsdatum** massgebend. Die Kosten und Kostenbeteiligungen sind dem Kanton zuzuteilen, in welchem der entsprechende Versicherte im **Zeitpunkt der Behandlung** wohnte. Hat der Versicherte während der Dauer der Behandlung seinen Wohnkanton **gewechselt**, so ist der Wohnkanton im Zeitpunkt des **Behandlungsbeginns** für die Kantonzuteilung massgebend.

Die Kosten und Kostenbeteiligungen sind den einzelnen Kantonen und Risikogruppen **verursachergerecht** zuzuteilen. Eine lineare oder andere **nicht verursachergerechte** Zuteilung ist **nicht zulässig**. Hat die Behandlung **über den Jahreswechsel hinaus** andauert,

sind die Kosten und Kostenbeteiligungen exakt auf die betroffenen Kalenderjahre **aufzuteilen** (d.h. pro rata temporis).

5. Behandlung von speziellen Fällen

5.1 Zeitliche Abgrenzung

5.1.1 Eintritt des Versicherten innerhalb des für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahres

Es dürfen nur die Versicherungsmonate ab dem **Datum des Beginns des Versicherungsschutzes** berücksichtigt werden, d.h. es zählen lediglich die Monate mit Versicherungsschutz.

5.1.2 Austritt des Versicherten innerhalb des für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahres

Es dürfen nur die Versicherungsmonate bis zum **Datum der Beendigung des Versicherungsschutzes** berücksichtigt werden, d.h. es zählen lediglich die Monate mit Versicherungsschutz.

5.1.3 Aus- und Wiedereintritt des Versicherten innerhalb des für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahres

Es dürfen lediglich die **Monate mit Versicherungsschutz** berücksichtigt werden.

5.1.4 Sistierung der Versicherungspflicht

Die Monate, während denen der Versicherungsschutz sistiert ist, dürfen in der Datenlieferung **nicht berücksichtigt** werden. Es dürfen lediglich die **Monate mit Versicherungsschutz** berücksichtigt werden.

Im Rahmen der OKP ist die Sistierung der Versicherungspflicht nur bei Personen zulässig, welche während **mehr als 60 aufeinanderfolgenden Tagen** dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die **Militärversicherung** unterstellt sind (vgl. Kapitel 5.2.6).

5.1.5 Berücksichtigung der angebrochenen 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 **Urteils des Bundesgerichts vom 3. Dezember 2015** betreffend die Teilbarkeit der Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (9C_268/2015) sind die angebrochenen Versicherungsmonate bei Beginn und Ende der Versicherungsdeckung in den Datenlieferungen wie folgt zu berücksichtigen:

Für jeden Versicherten wird die Zahl der Tage mit Versicherungsdeckung in den angebrochenen Kalendermonaten durch 30 dividiert. Anschliessend wird pro Versicherten die Ge-

samtzahl der Monate ermittelt. Auf der Risikogruppenebene wird das Total der Monate nach kaufmännischen Regeln gerundet (siehe Beispiele unten).

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

Beispiel (Divisor = 30):

(Versicherte A – E gehören jeweils der Risikogruppe X an)

Versicherte	Versicherungszeit	Ganze Monate	Anzahl Tage mit Versicherungsdeckung in angebrochenen Monaten	Angebrochene Monate in Dezimalen	Total Monate
Versicherter A	1.01. – 31.12.2019	12	0	0,000	12,000
Versicherter B	1.01. – 15.02.2019	1	15	0,500 (15/30)	1.500
Versicherter C	1.01. – 28.04.2019	3	28	0.933 (28/30)	3.933
Versicherter D	1.01. – 30.06.2019	6	0	0,000	6.000
Versicherter E	1.02. – 13.08.2019	6	13	0.433 (13/30)	6.433
Total Monate					29.866
In Risikogruppe X total zu berücksichtigende Monate (kaufmännisch gerundet)					30

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 A – E gehören jeweils der Risikogruppe X an)

Versicherte	Versicherungszeit	Ganze Monate	Anzahl Tage mit Versicherungsdeckung in angebrochenen Monaten	Angebrochene Monate in Dezimalen	Total Monate
Versicherter A	1.01. – 31.12.2019	12	0	0,000	12,000
Versicherter B	1.01. – 15.02.2019	1	15	0,536 (15/28)	1.536
Versicherter C	1.01. – 28.04.2019	3	28	0.933 (28/30)	3.933
Versicherter D	1.01. – 30.06.2019	6	0	0,000	6.000
Versicherter E	1.02. – 13.08.2019	6	13	0.419 (13/31)	6.419
Total Monate					29.888
In Risikogruppe X total zu berücksichtigende Monate (kaufmännisch gerundet)					30

5.1.6 Wechsel der Altersgruppe in dem für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr

Die Altersgruppenzuteilung des Versicherten ist über das Geburtsjahr vorzunehmen (vgl. Kapitel 4.1). Somit hat ein Wechsel der Altersgruppe in dem für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr (welcher sich bei der Zuteilung nach dem exakten Geburtsdatum eventuell ergeben würde) **keinen Einfluss** auf die Datenmeldung.

5.1.7 Wechsel der Kantonzuteilung in dem für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr

Bei einem Wechsel des Zuteilungskantons (z.B. aufgrund Wechsel des Wohnorts) müssen die **Versicherungsmonate** des betreffenden Versicherten **exakt auf die betroffenen Kantone aufgeteilt** werden (jeweils ganze Monate).

Für die Kantonzuteilung der Kosten und Kostenbeteiligungen ist das **Behandlungsdatum** massgebend. Hat der Versicherte während der Dauer der Behandlung seinen Wohnkanton **unterjährig gewechselt**, ist der Wohnkanton des Versicherten im Zeitpunkt des **Behandlungsbegins** für die Kantonzuteilung der Kosten und Kostenbeteiligungen massgebend (vgl. auch Kapitel 4.2).

5.1.8 Über den Jahreswechsel andauernder Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim

Ein Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim kann **über den Jahreswechsel andauern**. In Art. 2c Abs. 3 VORA ist die Zuteilung des über den Jahreswechsel andauernden Aufenthaltes auf die betroffenen Kalenderjahre wie folgt geregelt:

- 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.

Die Nacht vom 31. Dezember auf den 1. Januar wird jeweils dem **Eintrittsjahr** zugerechnet.

5.1.9 Berücksichtigung von nachträglichen Mutationen

Gemäss Art. 10 Abs. 2 VORA liefern die Krankenversicherer der Gemeinsamen Einrichtung KVG ihre Daten des Vorjahres jeweils **bis 30. April**. Auch **nach dem Ende eines Kalenderjahres** werden von den Krankenversicherern noch **Mutationen** in ihren Daten des Vorjahres vorgenommen (nachträgliche Mutationen). Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn der Versicherer erst nach Abschluss des Kalenderjahres erfährt, dass eine bei ihm versichert gewesene Person im Vorjahr verstorben ist. Weitere Gründe für nachträgliche Mutationen können beispielsweise auch folgende im Vorjahr, speziell in den letzten Monaten eingetretene Ereignisse sein:

- Geburten (für Berechnung Risikoausgleich nicht relevant)
- Wegzug aus der Schweiz / Wohnsitznahme in der Schweiz
- Unterstellung unter die Militärversicherung
- Kantonswechsel
- Spital- oder Pflegeheimaufenthalt

Gemäss Art. 10 Abs. 2bis VORA sind in der Datenlieferung die **bis zwei Monate vor Ablauf der Frist zur Datenlieferung** (d.h. bis Ende Februar) **abgerechneten** Nettoleistungen, die Arzneimittelkosten im Vorjahr, die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr sowie die Änderungen des Versicherungsbestandes zu berücksichtigen, die das für die Datenerhebung massgebliche Kalenderjahr betreffen.

Die Berücksichtigung von nachträglichen Mutationen in der Datenlieferung, welche Kalenderjahre vor dem für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr betreffen, ist nicht zulässig.

5.1.10 Berücksichtigung der Daten von Versichererwechslern

Bei der Zuteilung der Daten eines Versichererwechslers auf die Risikogruppen dürfen **keine Daten des Vorversicherers** über Spital- oder Pflegeheimaufenthalte im Vorjahr bzw. Arzneimittelkosten im Vorjahr des Versichererwechslers berücksichtigt werden. Dies gilt auch, wenn Vor- und Nachversicherer der **gleichen Versicherergruppe** angehören.

Bei einer **Fusion** gehen jedoch alle Rechte und Pflichten des zu übertragenden Versicherers auf den übernehmenden Versicherer über. Dieser tritt als Rechtsnachfolger in alle Rechte und Pflichten des zu übernehmenden Versicherers ein. Folgerichtig können die Aufenthalte im Vorjahr bzw. Arzneimittelkosten über CHF 5'000 im Vorjahr der Versichererwechsler von allen an der Fusion beteiligten Versicherern berücksichtigt werden.

5.2 Sachliche Abgrenzung

5.2.1 Dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) unterliegende Versicherungsverhältnisse

Daten von Personen, die in der Schweiz lediglich ein dem **Versicherungsvertragsgesetz** unterliegendes Versicherungsverhältnis (Zusatzversicherung) aufweisen, sind im Risikoausgleich **nicht zu berücksichtigen**.

5.2.2 Versicherte aus Liechtenstein bzw. den Enklaven Büsingen und Campione d'Italia

In Bezug auf die Versicherten mit **Wohnort im Fürstentum Liechtenstein** oder in den **Enklaven Büsingen (D) und Campione d'Italia (I)** ist darauf zu achten, dass die diesen Versicherten im EDV-System der Versicherer oftmals zugeteilte **schweizerische Postleitzahl** (z.B. Büsingen: 8238, Campione d'Italia: 6911) nicht zu einer Berücksichtigung der betreffenden Versicherten im Risikoausgleich führt.

5.2.3 Versicherte mit Prämienverbilligung bzw. Prämienzugschrift

Versicherte, welche der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unterstellt sind und deren **Prämie verbilligt oder vollständig erlassen** ist, sind **normal** in die Datenlieferung für den Risikoausgleich einzubeziehen, d.h. die Prämienverbilligung hat prinzipiell **keinen Einfluss** auf die Datenmeldung. Dies gilt auch für Versicherte mit **Prämienzugschrift**.

5.2.4 Versicherte mit Prämienausständen

Bei Versicherten, welche ihre **Prämien nicht bezahlt** haben, bleibt das Versicherungsverhältnis weiterhin bestehen. Versicherte, welche Prämienausstände aufweisen, sind deshalb

in der Datenlieferung zu berücksichtigen. Somit sind auch die **Spital- und Pflegeheimaufenthalte** (mit der Dauer von mindestens drei aufeinanderfolgenden Nächten) von Versicherten mit **Prämienausständen** in der Datenlieferung **zu berücksichtigen**.

5.2.5 HMO-Versicherte

HMO-Versicherte sind im Risikoausgleich grundsätzlich wie alle übrigen Versicherten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu melden. So sind für die **HMO-Versicherten** betreffend die für den Risikoausgleich anzugebenden Kosten grundsätzlich die **effektiv von ihnen verursachten Leistungen** massgebend.

Einzelne Versicherer bezahlen jedoch den Betreibern von HMO-Zentren für ihre HMO-Versicherten so genannte **Behandlungspauschalen** (fixe Preise). Ist es nicht möglich, für diese Versicherten die effektiven Kosten zu ermitteln (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 ausgeschrieben werden.
- Bei allfälliger Absicherung im **Bereich von Grossrisiken** sind nicht die dafür anfallenden Prämien, sondern die **effektiven Kosten** für den Risikoausgleich zu melden.

Bei der Ermittlung der Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim sowie der Arzneimittelkosten (> CHF 5'000) müssen die Versicherer auch ihre HMO-Versicherten berücksichtigen, unabhängig davon, ob für diese Behandlungspauschalen bezahlt werden oder nicht.

5.2.6 Militärdienst leistende Versicherte

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 5.1.5 geregelt.

Wird eine der Militärversicherung unterstellte Person in ein Spital eingewiesen, so werden sämtliche Kosten dieses Aufenthalts, auch wenn der Aufenthalt über die Dienstzeit hinaus andauert, von der Militärversicherung übernommen (Art. 64 ATSG). Entsprechende Spitalaufenthalte sind somit in der Datenlieferung für den Risikoausgleich **nicht zu berücksichtigen**.

5.2.7 Pauschalzahlungen

Oftmals werden den Krankenversicherern von Leistungserbringern nach der erstmaligen Rechnungsstellung Beträge nachfakturiert. Diese **Nachfakturierungen** können zum Beispiel aus Entscheidungen des Bundesverwaltungsgerichts zu Tarifbeschwerden (Art. 53 KVG) resultieren. Andererseits können sich beispielsweise aufgrund von Wirtschaftlichkeitsverfahren (Art. 59 KVG) auch Rückzahlungen der Leistungserbringer an die Krankenversicherer ergeben. Weiter sind Nachfakturierungen im Zusammenhang mit Globalbudgets (Art. 51 KVG) möglich. Diese nachträglichen Zahlungen dürfen in der Datenlieferung für den Risikoausgleich nur berücksichtigt werden, wenn die entsprechenden Leistungen in dem **für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr** erbracht wurden. Bei den nachträglichen Zahlungen handelt es sich in der Regel um **Pauschalzahlungen**.

Pauschalzahlungen können jedoch auch auf einer **erstmaligen Rechnungsstellung** basieren (Bsp. Sammelrechnungen bei Impfkationen). Die Verordnung über den Risikoausgleich enthält keine expliziten Bestimmungen betreffend die Berücksichtigung von Pauschalzahlungen im Risikoausgleich.

Bei Pauschalzahlungen von bzw. an Krankenversicherer ist oft unklar bzw. nicht eruierbar, welche Alters- und Geschlechtergruppen bzw. welche Kantone betroffen sind. In diesen Fällen ist eine exakte Zuteilung der Pauschalzahlungen auf die einzelnen Risikogruppen und Kantone nur mit **erheblichem Aufwand** oder überhaupt **nicht realisierbar**. Wie eine Umfrage bei Krankenversicherern gezeigt hat, ist zudem der Anteil der Pauschalzahlungen an den gesamten Bruttokosten jeweils sehr gering (im Promillebereich). Für die Berücksichtigung von Pauschalzahlungen im Risikoausgleich gilt deshalb folgende Regelung:

Pauschalzahlungen sind in den Datenlieferungen für den Risikoausgleich **nicht zu berücksichtigen**, wenn mindestens eine der drei folgenden **Bedingungen** erfüllt ist:

- Die Pauschalzahlung betrifft Leistungen, welche **nicht** in dem für die Datenerhebung **massgebenden Kalenderjahr** erbracht wurden;
- Für die korrekte Zuteilung der Pauschalzahlung auf die einzelnen Risikogruppen **fehlen die erforderlichen Angaben** über die betroffenen Versicherten (Alter, Geschlecht und Kanton) und diese können auch nicht mehr eruiert werden;
- Die Pauschalzahlung betrifft eine **grosse Zahl von Versicherten** und ist, bezogen auf den einzelnen betroffenen Versicherten, **kleiner als 500 Franken im Durchschnitt**.

In der Datenlieferung **nicht berücksichtigte Pauschalzahlungen** für Leistungen, welche in dem für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr erbracht wurden, sind der Gemeinsamen Einrichtung KVG mit dem im Rahmen der Datenerhebung zur Verfügung gestellten **Formular** anzugeben.

In allen **anderen Fällen** sind die Pauschalzahlungen **korrekt** (d.h. nach Alter, Geschlecht und Kanton) den einzelnen Risikogruppen **zuzuteilen**.

Achtung!

Diese Regelung gilt nicht für den Fall, dass ein Versicherer Betreibern von HMO-Zentren für seine HMO-Versicherten sogenannte Behandlungspauschalen (fixe Preise) bezahlt. Diesbezüglich gelten unsere Weisungen in Kapitel 5.2.5

5.2.8 Pauschalzahlungen in den Lebendspende-Nachsorgefonds

Gemäss Art. 15a Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz) entrichten die Versicherer eine einmalige Pauschale für die Nachsorge von Lebendspendern an den Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15b des Transplantationsgesetzes.

Der Gesamtbetrag der von sämtlichen Versicherern zu entrichtenden Pauschalen ist vergleichsweise gering (in der Regel weniger als CHF 1 Mio. pro Kalenderjahr). Eine Berücksichtigung dieser Pauschalen in den Datenlieferungen für den Risikoausgleich hätte somit lediglich eine sehr marginale Auswirkung auf die berechneten Risikoausgleichszahlungen. Die Komplexität der Anforderungen an die Datenlieferungen der Versicherer würde dagegen unverhältnismässig erhöht.

Die entsprechenden Pauschalen sind deshalb in den Datenlieferungen für den Risikoausgleich **nicht zu berücksichtigen**.

5.2.9 Pauschalen für Franchise und Selbstbehalt

Gemäss Art. 103 Abs. 5 KVV können Versicherer für Erwachsene, bei welchen der Versicherungsschutz auf weniger als ein Jahr angelegt ist, für Franchise und Selbstbehalt eine **Pauschale** bei Inanspruchnahme von Leistungen erheben. Diese "Krankenscheingebühren" entsprechen der Kostenbeteiligung und können somit wie diese in der Datenlieferung berücksichtigt werden.

Anzumerken ist, dass diese Pauschalen nicht in Verbindung mit besonderen Versicherungsformen gemäss den Art. 93 – 101a KVV angeboten werden dürfen.

5.2.10 Kantonale Subventionen / Stillgelder

Kantonale Subventionen sowie Stillgelder, welche von den Kantonen an die Versicherer bzw. die Versicherten ausbezahlt werden, sind **nicht Gegenstand des KVG** und tangieren deshalb den Risikoausgleich nicht. Sie sind somit in den Datenlieferungen für den Risikoausgleich **nicht zu berücksichtigen**.

5.2.11 Aufenthalt infolge Mutterschaft

Gemäss Art. 2c Abs. 2 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, empfehlen wir Ihnen, diese Aufenthalte auf der Basis der jeweiligen DRG-Codes zu ermitteln.

Für die Datenlieferung im Jahr 2020 (Daten 2019) sind die Aufenthalte im Jahr 2018 relevant. Im Fallpauschalenkatalog (SwissDRG 7.0 / Abrechnungsversion 2018/2018) sind die folgenden DRG-Codes für Aufenthalte infolge Mutterschaft mit Entbindung sowie für Aufenthalte von gesunden Neugeborenen aufgeführt:

DRG-Codes für Aufenthalte infolge Mutterschaft mit Entbindung sowie für Aufenthalte von gesunden Neugeborenen			
O01A	O02A	O60A	P66D
O01B	O02B	O60B	P67D
O01C		O60C	
O01D		O60D	
O01E			
O01F			
O01G			
O01H			

5.2.12 Durch die Zusatzversicherung finanzierte Spital- oder Pflegeheimaufenthalte

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

5.2.13 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.

5.2.14 Stationäre Aufenthalte im Ausland

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 für das Jahr 2018 bewilligten, grenzüberschreitenden Programme betreffen folgende Spitäler und Kliniken im Ausland:

Pilotprojekt Kanton St. Gallen / Liechtenstein:	ZSR-Nr.
Liechtensteinisches Landesspital, FL-9490 Vaduz	M7030.27

Pilotprojekt 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
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

5.2.15 Stationäre Aufenthalte in der Schweiz

Stationäre Aufenthalte in Spitälern oder Pflegeheimen in der Schweiz (nach Artikeln 39 und 49a Absatz 4 KVG) sind im Risikoausgleich **zu berücksichtigen**. Die stationären Aufenthalte in der Schweiz sind über die Zahlstellenregisternummern (ZSR-Nummern) der Leistungserbringer, bei welchen diese Aufenthalte stattfinden, identifizierbar.

Die **letzten zwei Ziffern** der ZSR-Nummern von Leistungserbringern **in der Schweiz**, d.h. auch von Spitälern oder Pflegeheimen, entsprechen im Gegensatz zu den ZSR-Nummern der Leistungserbringer im Ausland der Kantonsnummer des jeweiligen Standortkantons (**01 - 26**) oder den Zahlen **31 und 32**.

Beispiele:

Leistungserbringer in der Schweiz	Standortkanton	ZSR-Nummer
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

Mit Hilfe der ZSR-Nummer kann somit sichergestellt werden, dass in der Datenlieferung für den Risikoausgleich nur die stationären Aufenthalte in der Schweiz (mit Ausnahme der in Kapitel 5.2.14 erwähnten Aufenthalte im Ausland im Rahmen von Programmen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit) berücksichtigt werden.

5.2.16 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.

5.2.17 Versicherte mit mehreren Spital- oder Pflegeheimaufenthalten

Für die Datenmeldung ist relevant, ob ein Versicherter im betroffenen Kalenderjahr einen Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim mit der Dauer von mindestens drei aufeinanderfolgenden Nächten aufweist. Dabei ist es jedoch **unerheblich**, ob der Versicherte **einen oder mehrere** entsprechende Aufenthalte aufweist.

5.2.18 Standortkanton des Spitals oder Pflegeheims

Bei der Kantonzuteilung der Daten von Versicherten mit einem Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim in der Datenlieferung ist der **Standortkanton** des entsprechenden Spitals oder Pflegeheims **nicht relevant**.

Für die Kantonszuteilung der Daten eines Versicherten ist der **Wohnort** des entsprechenden Versicherten im für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr entscheidend.

5.2.19 Aufenthalt in einem Listen- oder Vertragsspital

Der Aufenthalt in einem Spital mit der Dauer von mindestens drei aufeinanderfolgenden Nächten wird im Risikoausgleich berücksichtigt, wenn für diesen Aufenthalt Leistungen aus der **obligatorischen Krankenpflegeversicherung** erbracht werden. Dabei ist es **unerheblich**, ob der Aufenthalt in einem **Listen- oder Vertragsspital** (Art. 39 bzw. Art. 49a Abs. 4 KVG) erfolgt.

5.2.20 Aufenthalt in einer Nachtambulanz

Gemäss Art. 5 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, 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**.

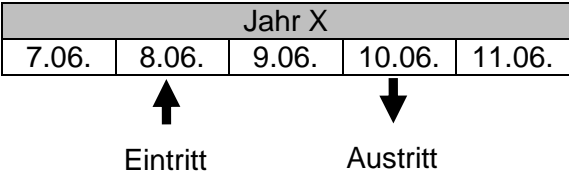
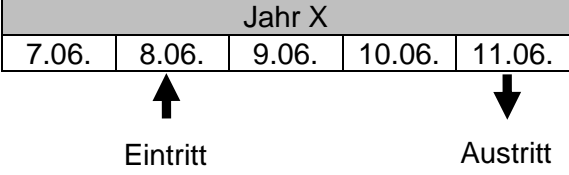
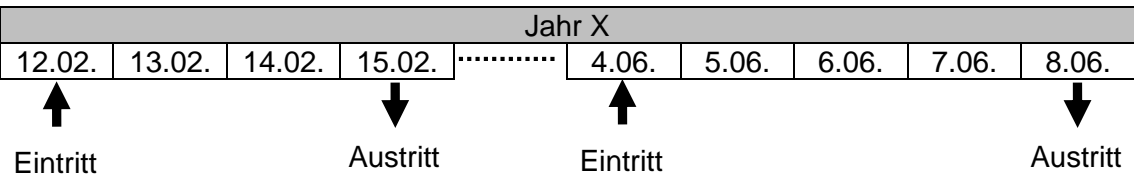
6. Kontaktpersonen

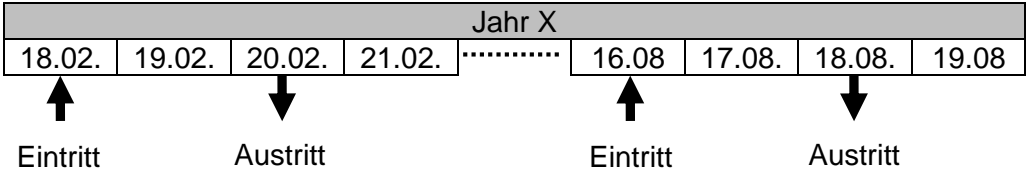
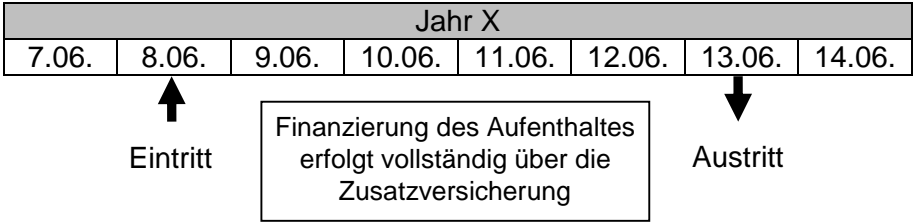
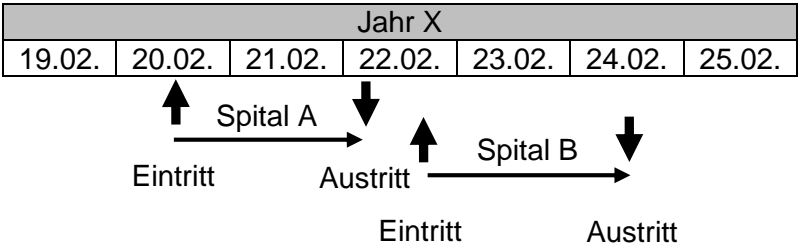
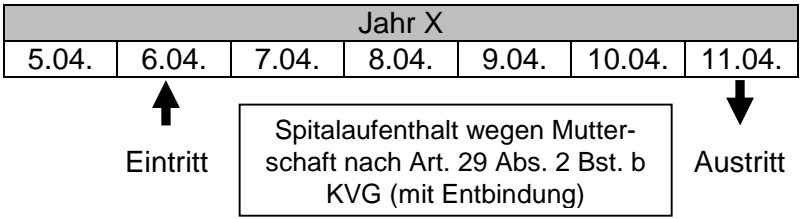
Für die Versicherer stehen folgende **Ansprechpersonen** zur Verfügung:

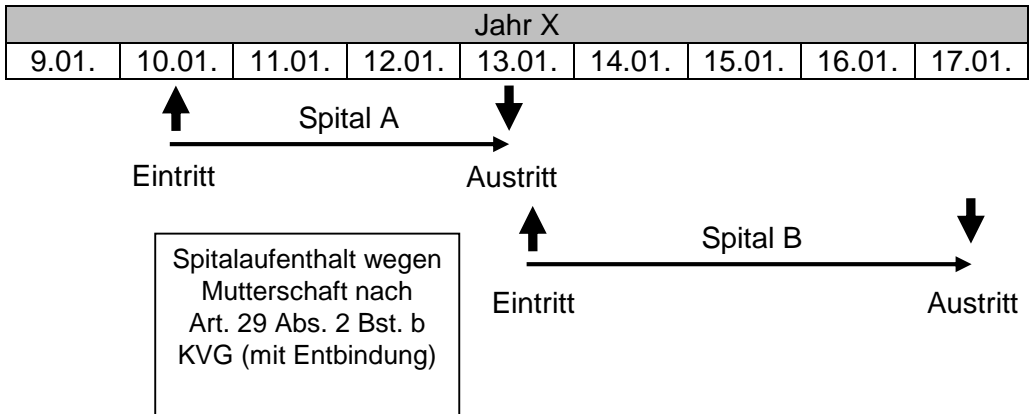
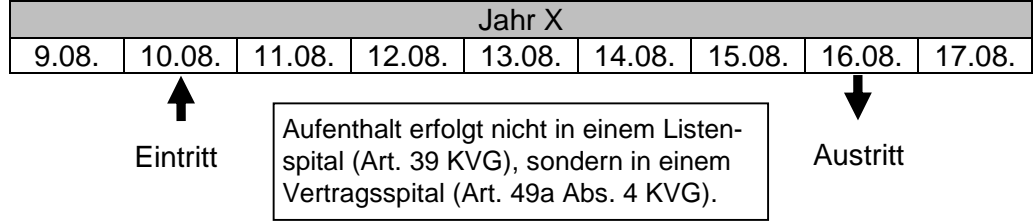
Person	Funktion	Kontakt
Urs Wunderlin	Abteilungsleiter Risikoausgleich	032 625 30 25 urs.wunderlin@kvg.org
Yannick Schwarz	Stv. Abteilungsleiter Risikoausgleich	032 625 30 48 yannick.schwarz@kvg.org

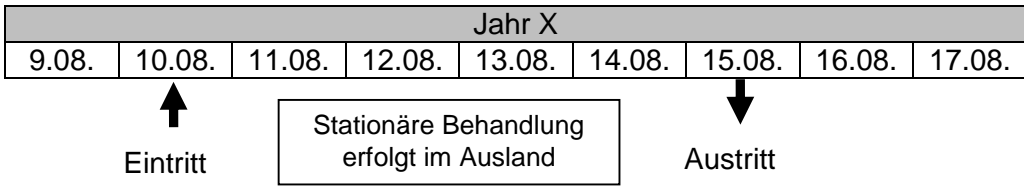
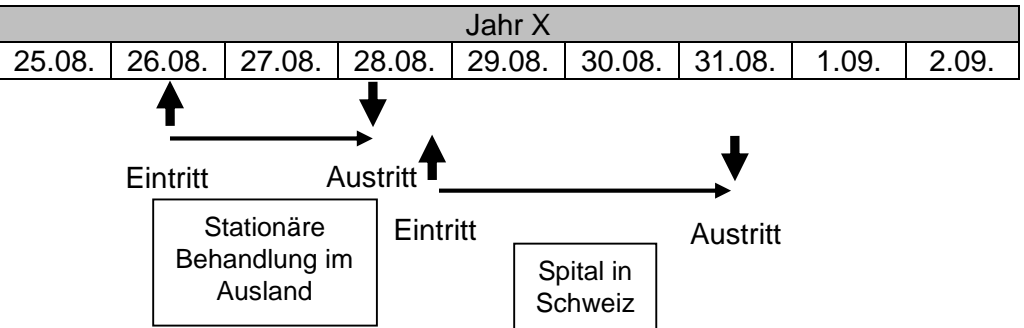
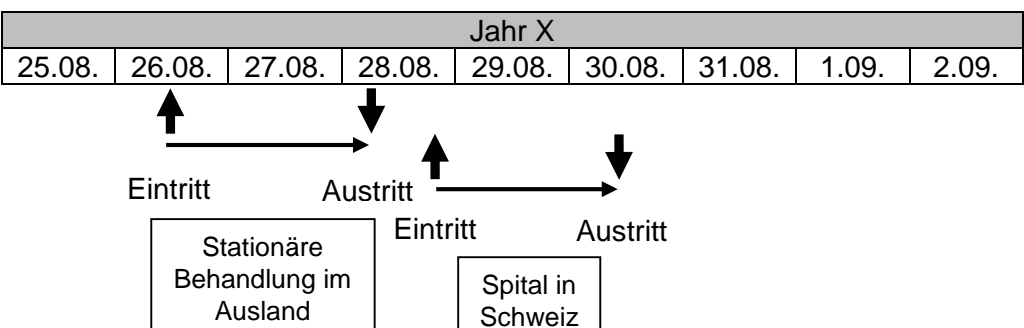
Beispiele für die Berücksichtigung von Spital- und Pflegeheimaufenthalten

1. Aufenthalte ohne Jahreswechsel

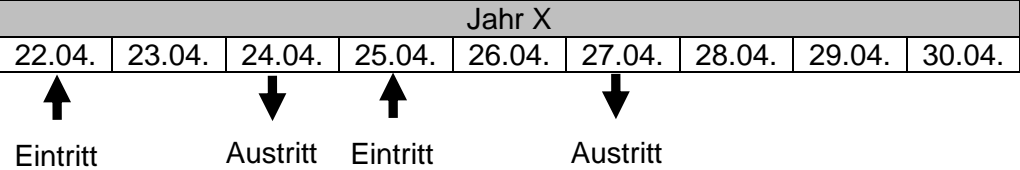
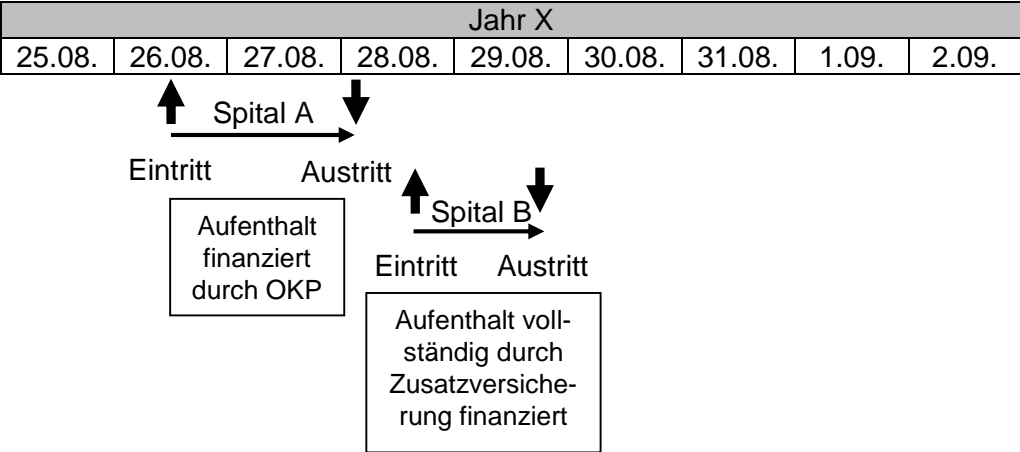
Situation	Regelung
<p>1.1</p> 	<p>Nicht zu berücksichtiger Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Der Aufenthalt dauert weniger als drei aufeinanderfolgende Nächte.</p>
<p>1.2</p> 	<p>Zu berücksichtiger Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Der Aufenthalt dauert drei aufeinanderfolgende Nächte.</p>
<p>1.3</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. 2c Abs. 2 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="224 255 1254 303"> <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> <div data-bbox="376 454 683 638" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Spitalaufenthalt wegen Mutterschaft nach Art. 29 Abs. 2 Bst. b KVG (mit Entbindung) </div>	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. 2c Abs. 2 VORA ist ein Aufenthalt wegen Mutterschaft nach Art. 29 Abs. 2 Bst. b KVG (d.h. 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="224 766 1254 813"> <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> <div data-bbox="492 837 990 957" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Aufenthalt erfolgt nicht in einem Listenspital (Art. 39 KVG), sondern in einem Vertragsspital (Art. 49a Abs. 4 KVG). </div>	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 (Art. 2c Abs. 1 VORA) werden nicht berücksichtigt.</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. 2c Abs. 1 VORA). 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. 2c Abs. 1 VORA). 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>

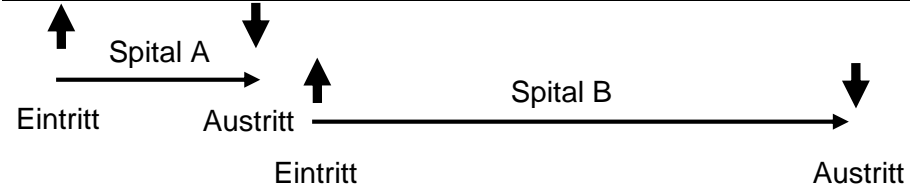
Wichtig: Stationäre Aufenthalte im Ausland im Rahmen von Programmen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit (bisher vom EDI bewilligte befristete Pilotprojekte gemäss Art. 36a KVV) sind im Risikoausgleich zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 5.2.14).

Situation	Regelung
<p>1.13</p>  <p>Timeline for 'Jahr X' (April 22 to April 30). - 22.04.: Eintritt (upward arrow) - 23.04.: - 24.04.: Austritt (downward arrow) - 25.04.: Eintritt (upward arrow) - 26.04.: - 27.04.: Austritt (downward arrow) - 28.04.: - 29.04.: - 30.04.:</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>Timeline for 'Jahr X' (August 25 to September 2). - 25.08.: Eintritt Spital A (upward arrow) - 26.08.: - 27.08.: - 28.08.: Austritt Spital A / Eintritt Spital B (horizontal arrow from Spital A to Spital B) - 29.08.: - 30.08.: - 31.08.: - 1.09.: - 2.09.: Austritt Spital B (downward arrow)</p> <p>Eintritt Spital A Austritt Spital A</p> <p>Aufenthalt finanziert durch OKP</p> <p>Eintritt Spital B Austritt Spital B</p> <p>Aufenthalt vollständig durch Zusatzversicherung finanziert</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. Aufenthalte mit Jahreswechsel

Situation	Regelung																				
<p>2.1</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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="text-align: center;"> ↑ ↓ 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: auto; margin-right: auto;"> <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="text-align: center;"> ↑ ↓ 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: auto; margin-right: auto;"> <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="text-align: center;"> ↑ ↓ 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. 2c Abs. 3 Bst. a VORA). Die Nacht über den Jahreswechsel wird immer dem Eintrittsjahr zugerechnet.</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: auto; margin-right: auto;"> <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="text-align: center;"> ↑ ↓ 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. 2c Abs. 3 Bst. a 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>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			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 (Art. 2c Abs. 3 Bst. a VORA). Die Nacht über den Jahreswechsel wird immer zum Eintrittsjahr gezählt.</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>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			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 (Art. 2c Abs. 3 Bst. a VO-RA). Die Nacht über den Jahreswechsel wird immer zum Eintrittsjahr gezählt.</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>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			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="226 263 1133 338"> <thead> <tr> <th colspan="4">Jahr X</th> <th colspan="4">Jahr X+1</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table> 	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.										

Beispiele für die Erfassung der Daten 2019 der Versicherten in der Datenerhebungstabelle

Für Datenerhebung massgebende Jahre:

- Jahr 2018 für Spital- und Pflegeheimaufenthalte (Behandlungsjahr)
- Jahr 2018 für Arzneimittelkosten (Abgabeyahr)
- Jahr 2019 für Kosten, Kostenbeteiligung (Behandlungsjahr)
- Jahr 2019 für Versicherungsmonate (Kalenderjahr)

Versicherte A	Geburtsdatum:		25.08.1969	
	Geschlecht:		weiblich	
	Wohnort:		4310 Rheinfelden AG	
	2019	Versicherungsdauer:		1.01. - 31.12.2019
		Verursachte Kosten:		CHF 12'895.--
		Kostenbeteiligung:		CHF 963.--
2018	Spital- oder Pflegeheimaufenthalt:		Universitätsspital Basel 6.07. - 12.07.2018	
	Bruttokosten Arzneimittel		CHF 956.--	

Versicherte B	Geburtsdatum:		13.02.1994	
	Geschlecht:		weiblich	
	Wohnort:		6130 Willisau LU	
	2019	Versicherungsdauer:		1.01. - 30.06.2019
		Verursachte Kosten:		CHF 8'364.--
		Kostenbeteiligung:		CHF 851.--
2018	Spital- oder Pflegeheimaufenthalt:		Kantonsspital Luzern 2.04. - 6.04.2018 <u>Grund:</u> Mutterschaft nach Art. 29 Abs. 2 Bst. b KVG	
	Bruttokosten Arzneimittel		CHF 1'020.--	

Versicherter C	Geburtsdatum:		23.08.1963	
	Geschlecht:		männlich	
	Wohnort:		2502 Biel BE	
	2019	Versicherungsdauer:		1.01. - 31.12.2019
		Verursachte Kosten:		CHF 16'325.--
		Kostenbeteiligung:		CHF 1'500.--
2018	Spital- oder Pflegeheimaufenthalt:		kein Aufenthalt	
	Bruttokosten Arzneimittel		CHF 15'684.--	

Versicherter D	Geburtsdatum:		12.06.1929	
	Geschlecht:		männlich	
	Wohnort:		8045 Zürich ZH	
	2019	Versicherungsdauer:		1.01. - 31.12.2019
		Verursachte Kosten:		CHF 10'247.--
		Kostenbeteiligung:		CHF 1'013.--
2018	Spital- oder Pflegeheimaufenthalt:		Universitätsspital Zürich 4.08. - 24.08.2018 Pflegeheim Rehalp, Zürich 25.08. - 31.12.2018	
	Bruttokosten Arzneimittel		CHF 5'326.--	

Versicherte E	Geburtsdatum:		11.09.1978	
	Geschlecht:		weiblich	
	Wohnort:		2540 Grenchen SO	
	2019	Versicherungsdauer:		1.01. - 31.12.2019
		Verursachte Kosten:		CHF 8'364.--
		Kostenbeteiligung:		CHF 851.--
2018	Spital- oder Pflegeheimaufenthalt:		Bürgerspital Solothurn 22.08. - 29.08.2018 10.09. - 16.09.2018	
	Bruttokosten Arzneimittel		CHF 892.--	

Versicherter F	Geburtsdatum:		19.03.1972	
	Geschlecht:		männlich	
	Wohnort:		3013 Bern BE	
	2019	Versicherungsdauer:		1.01. - 31.08.2019
		Verursachte Kosten:		CHF 37'461.--
		Kostenbeteiligung:		CHF 1'112.--
2018	Spital- oder Pflegeheimaufenthalt:		Inselspital Bern 1.01 - 5.01.2018 Universitätsspital Basel 21.02. - 15.03.2018	
	Bruttokosten Arzneimittel		CHF 3'268.--	

Versicherter G	Geburtsdatum:		19.03.1988	
	Geschlecht:		männlich	
	Wohnort:		8750 Glarus GL 1.01. - 30.06.2019 4600 Olten SO 1.07. - 31.12.2019	
	2019	Versicherungsdauer:		1.01. - 31.12.2019
		Verursachte Kosten:		CHF 326.-- (Behandlungen vom 1.01. - 30.06.2019) CHF 12'256.-- (Behandlungen vom 1.07. - 31.12.2019)
		Kostenbeteiligung:		CHF 326.-- (Behandlungen vom 1.01. - 30.06.2019) CHF 1'705.-- (Behandlungen vom 1.07. - 31.12.2019)
		Spital- oder Pflegeheimaufenthalt:		Kantonsspital Olten 17.10. - 26.10.2018
		Bruttokosten Arzneimittel		CHF 3'250.--

Erfassung der Daten 2019 in der Datenerhebungstabelle

Risikoausgleich / Compensation des risques

Gemeinsame Einrichtung KVG

Daten 2019 / Données 2019

Institution commune LAMal

BAG-Nr. No OFSP	Kanton Canton	Geburtsjahre Années de naiss.		Alter Age	Geschlecht Sexe	Arzneimittelkosten Coût des médicaments	Aufenthalt Séjour	Monate Mois	Kosten Coûts	Kostenbeteiligung Particip. aux coûts
		von/de	bis/à						CHF	CHF
Versicherter D										
61	ZH	1938	1934	81-85	M / h	ja / oui	ja / oui			
61	ZH	1933	1929	86-90	M / h	ja / oui	ja / oui	12	1'247	103
61	ZH	1928		91-	M / h	ja / oui	ja / oui			
Versicherter C										
61	BE	1968	1964	51-55	M / h	ja / oui	nein / non			
61	BE	1963	1959	56-60	M / h	ja / oui	nein / non	12	6'325	1500
61	BE	1958	1954	61-65	M / h	ja / oui	nein / non			
Versicherter F										
61	BE	1978	1974	41-45	M / h	nein / non	ja / oui			
61	BE	1973	1969	46-50	M / h	nein / non	ja / oui	8	37'461	112
61	BE	1968	1964	51-55	M / h	nein / non	ja / oui			
Versicherte B										
61	LU	2019	2001	0-18	F / f	nein / non	nein / non			
61	LU	2000	1994	19-25	F / f	nein / non	nein / non	6	8'364	851
61	LU	1993	1989	26-30	F / f	nein / non	nein / non			
Versicherter G										
61	GL	1993	1989	26-30	M / h	nein / non	ja / oui			
61	GL	1988	1984	31-35	M / h	nein / non	ja / oui	6	326	326
61	GL	1983	1979	36-40	M / h	nein / non	ja / oui			
Versicherte E										
61	SO	1983	1979	36-40	F / f	nein / non	ja / oui			
61	SO	1978	1974	41-45	F / f	nein / non	ja / oui	12	8'364	851
61	SO	1973	1969	46-50	F / f	nein / non	ja / oui			
Versicherter G										
61	SO	1993	1989	26-30	M / h	nein / non	ja / oui			
61	SO	1988	1984	31-35	M / h	nein / non	ja / oui	6	12'256	1705
61	SO	1983	1979	36-40	M / h	nein / non	ja / oui			
Versicherte A										
61	AG	1978	1974	41-45	F / f	nein / non	ja / oui			
61	AG	1973	1969	46-50	F / f	nein / non	ja / oui	12	12'895	963
61	AG	1968	1964	51-55	F / f	nein / non	ja / oui			

Berücksichtigung der Arzneimittel und pharmazeutischen Leistungen bei der Ermittlung der Arzneimittelkosten

Bei der Ermittlung der Arzneimittelkosten im Vorjahr werden die Bruttoleistungen im Vorjahr für Arzneimittel berücksichtigt, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden (vgl. dazu Schreiben des BAG vom 5. Dezember 2014).

Zu berücksichtigen sind:

- Die auf der Spezialitätenliste (SL) aufgeführten Arzneimittel, die innerhalb der von Swissmedic zugelassenen Indikation und vom BAG genehmigten Limitierung angewendet werden, dazu gehören auch die auf der Geburtsgebrechenmedikamentenliste aufgeführten Arzneimittel;
- Die Arzneimittel der SL bei Anwendung ausserhalb der genehmigten Fachinformation oder Limitierung gemäss Art. 71a KVV, sofern eine Kostengutsprache des Krankenversicherers vorliegt (Art. 71d KVV);
- Die nicht in die SL aufgenommenen aber in der Schweiz zugelassenen Arzneimittel innerhalb oder ausserhalb der Fachinformation gemäss Art. 71b KVV, sofern eine Kostengutsprache des Krankenversicherers vorliegt (Art. 71d KVV);
- Importierte Arzneimittel, die in der Schweiz nicht zugelassen sind nach Artikel 71c KVV, sofern eine Kostengutsprache des Krankenversicherers vorliegt (Art. 71d KVV);
- Die nach der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) magistraliter hergestellten Arzneimittel (mit Ausnahme von Blut- und Plasmapräparaten);
- Impfstoffe, die auf der SL aufgeführt sind und entsprechend vergütet werden;
- Pharmazeutischen Leistungen nach Artikel 4a KLV. Sie sind zusammen mit ihren Taxpunkten und ihrem Tarif in Artikel 1 des Tarifstruktur-Vertrages LOA IV/1 vom 1. Januar 2016 einzeln aufgeführt und in den Artikeln 2 bis 10 präzisiert (z.B. Medikamenten-Check, Bezugs-Check, Notfalldienst, Methadon-Pauschale usw.);
- Im Rahmen der Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit (vgl. Ziffer 8 Psychiatrie des Anhangs 1 der KLV) verwendete und abgegebene Arzneimittel der SL und nach ALT magistraliter hergestellte Arzneimittel, deren Kosten auf der Rechnung separat ausgewiesen und von der OKP vergütet werden;
- Blut- und Plasmapräparate, welche als Arzneimittel registriert und in der SL gelistet sind;
- HL-Medikamente, welche über die OKP vergütet werden;
- Arzneimittel, die im Ausland bezogen werden und deren Kosten von der OKP übernommen werden;
- Von Arzneimittelherstellern dem Krankenversicherer gewährte Rabatte, sofern sie den einzelnen Versicherten korrekt zugeordnet werden können und gemäss Art. 10 Abs. 2bis VORA bis zwei Monate vor Ablauf der Frist zur Datenlieferung vom Versicherer abgerechnet wurden;
- Separat abgerechnete Arzneimittel bei Abgeltung der Pflegeheimleistungen über Teilpauschalen.

Nicht zu berücksichtigen sind:

- Arzneimittel, die in einer Pauschale nach Art. 49 Abs. 1 KVG enthalten sind;
- Zusatzentgelte des Fallpauschalenkatalogs SwissDRG;

- Arzneimittel, deren Kosten allenfalls nicht separat ausgewiesen sind (z.B. Arzneimittel, die im Rahmen der Leistungserbringung verwendet werden und auf der Rechnung nicht separat aufgeführt sind);
- Blut- und Plasmapräparate, welche auf der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) gelistet sind;
- Nährlösungen, die nicht als Arzneimittel in der SL oder der GGML (Geburtsgebrechenmedikamentenliste) aufgelistet sind und solche, die über eine Pauschale abgegolten werden;
- Anlässlich von Substitutionsbehandlungen bei Opiatabhängigkeit (vgl. Ziffer 8 Psychiatrie des Anhangs 1 der KLV) verwendete und abgegebene Arzneimittel, wenn die Substitutionsbehandlung, welche zahlreiche ärztliche Leistungen mitumfasst, pauschal vergütet wird.